

ANNÉE 1927

THÈSE

N° 17

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

BAUGAS JEAN

Né le 17 Mai 1899, à Angers (Maine-et-Loire)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hôpital Civil Français de Tunis

MÉDAILLE D'OR DES ÉPIDÉMIES

Formes inhabituelles

DE LA

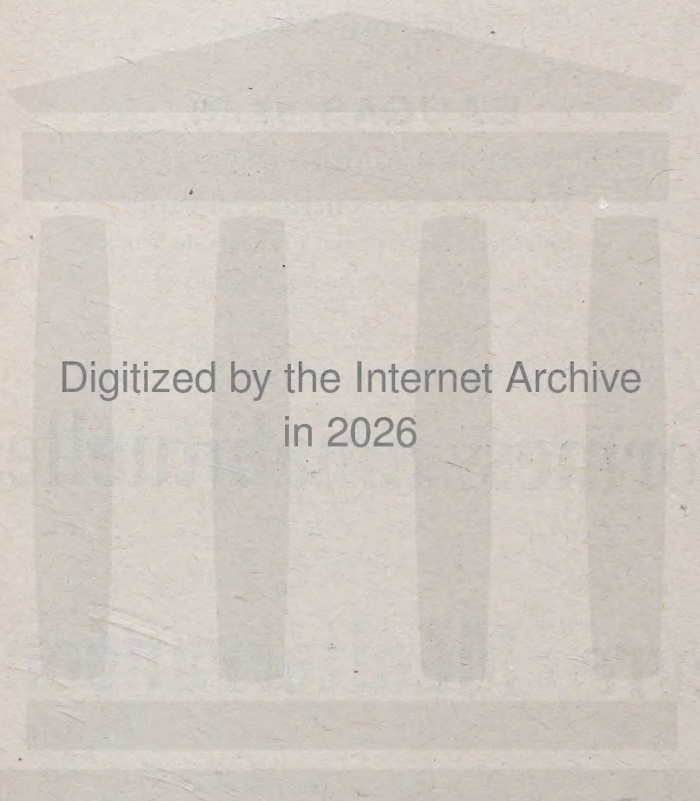
Fièvre Méditerranéenne

Président de Thèse : M. le Professeur BERNARD

MARCEL VIGNÉ, Editeur

11 et 13, Rue de l'Ecole-de-Médecine

PARIS (VI)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0089

NÉE 1927

THÈSE

N

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

BAUGAS JEAN

Né le 17 Mai 1899, à Angers (Maine-et-Loire)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hôpital Civil Français de Tunis

MÉDAILLE D'OR DES ÉPIDÉMIES

Formes inhabituelles

DE LA

Fièvre Méditerranéenne

Président de Thèse : M. le Professeur BERNARD

MARCEL VIGNÉ, Editeur

11 et 13, Rue de l'Ecole-de-Médecine
PARIS (VI)

I. — PROFESSEURS

Le Doyen

M. ROGER

MM.

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale ..
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie ..
 Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance..
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des mala-
 dies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux..
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologie
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Professeur sans chaire

NICOLAS.
 CUNEO.
 ROGER.
 STROHL.
 DESGREZ.
 LEMIERRE.
 BRUMPT.
 Marcel LABBÉ.
 SICARD.
 LECÈNE.
 ROUSSY.
 PRENANT.
 TIFFENEAU.
 CARNOT.
 Léon BERNARD.
 BALTHAZARD.
 MÉNETRIER.
 RATHERY.

GILBERT.
 BEZANÇON.
 ACHARD.
 WIDAL.

MARFAN.
 NOBECOURT.

H. CLAUDE.
 JEANSELME.
 GUILLAIN.
 TEISSIER.

DELBET.
 HARTMANN.
 LEJARS.
 GOSSET.

TERRIEN.
 LEGUEU.

BRINDEAU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.

J.-L. FAURE.
 OMBREDANNE.
 VAQUEZ.
 SEBILEAU.
 DUVAL.
 SERGENT.
 ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie médicale	FOIX.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RIBIERRE.
Physiologie	RICHT Fils.
Pathologie médicale	TANON.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophtalmologie....	VELTER.

III. — AGRÉGÉS RAFFELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERRER.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE
Clinique médicale infantile	LEREBoulLET.
Clinique médicale	LERI.
Clinique médicale	LÉPER.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Laennec

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse. Nous lui expri-
mons nos très respectueux
remerciements.*

A MES CHEFS DE SERVICE
DE L'HOPITAL CIVIL FRANÇAIS

MONSIEUR LE DOCTEUR MASSELOT
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de l'Hôpital Civil Français

MONSIEUR LE DOCTEUR LEHUCHER
Chirurgien accoucheur de l'Hôpital Civil Français

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUQUET
Chirurgien de l'Hôpital Civil Français

MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD
Médecin de l'Hôpital Civil Français

A MES CAMARADES D'INTERNAT DE TUNIS

Nous sommes très heureux d'exprimer ici notre profonde reconnaissance envers M. le docteur Masselot. Nous n'oublierons jamais que c'est à ses soins que nous devons d'avoir échappé à une fièvre méditerranéenne longue et sévère. Au cours de l'année que nous avons accomplie dans son service, en qualité d'interne, il nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance. Il s'est attaché à développer notre formation médicale et a bien voulu s'intéresser à nos projets d'avenir. C'est lui qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et en a surveillé l'exécution.

Nous adressons à M. le docteur Lehucher, notre chef de service à la Maternité, l'hommage de notre vive gratitude. Son indulgence et ses conseils nous ont rendu facile la science des accouchements. Nous devons à l'amitié qu'il a bien voulu nous témoigner et à l'accueil très cordial que lui et les siens nous ont toujours réservés de garder le meilleur souvenir de notre séjour à Tunis.

Nous adressons nos remerciements à M. le docteur Burnet, directeur-adjoint de l'Institut Pasteur de Tunis, qui a bien voulu nous aider de ses conseils. Nous remercions MM. les docteurs Ortona, médecin-chef de l'Hôpital italien, Conseil, médecin de la Rapta, et Sfez, de l'obligeance avec laquelle ils nous ont procuré des observations de fièvre méditerranéenne.

Généralités sur la Fièvre Méditerranéenne

En 1865, le major Boileau, membre de la Commission anglaise, publiait, dans l'*Army Medical Report*, un mémoire basé sur cinquante observations de fièvres « prises soigneusement et fidèlement rapportées par écrit », mémoire intitulé : « *Remarks on fever in Malta with cases* ». La fièvre méditerranéenne étant ainsi dissociée cliniquement des autres maladies infectieuses avec lesquelles elle était jusqu'alors confondue.

En 1887, Bruce, par la découverte du micrococcus melitensis qu'il réussissait à cultiver, venait confirmer les travaux de Boileau. Peu après, Zammit démontrait que les chèvres maltaises atteintes de mammite transmettaient la fièvre méditerranéenne à l'homme par leur lait non bouilli. Il établissait ainsi le mode de contagion et la prophylaxie de cette maladie.

En 1897, Wright découvrait le séro-diagnostic. Aussitôt, de nombreux travaux parurent en Italie, en Espagne, en Afrique du Nord, en France, sur cette nouvelle maladie. Bientôt, l'existence du micrococcus fut signalée dans les régions les plus diverses, au Cap, au Texas, en Perse, en

Indo-Chine. En France, des épidémies furent observées sur la côte d'Azur, dans le département du Gard.

« Ainsi, les travaux de la Commission Anglaise, écrivait Burnet, ont partout éveillé l'attention et ce qui est nouveau en maints pays, c'est moins la maladie que la connaissance qu'on en a acquise ».

Or, la *melitococcie* semble depuis quelques années se propager rapidement en France. Aublant et Lisbonne signalent son inquiétante recrudescence. Plus de trois mille cas ont pu être observés depuis quelques années dans la région méditerranéenne. Ces auteurs constatent que quatorze départements du continent et la Corse, représentant le cinquième de la superficie de la France, sont contaminés d'une façon constante depuis 1920. Des cas isolés ont fait leur apparition à Luchon, à Paris. Tout récemment encore Courtois-Suffit rapportait à la séance du 9 juillet 1926, de la Société Médicale des Hôpitaux, une nouvelle observation de fièvre méditerranéenne contractée à Paris.

Comme l'a dit Ch. Nicolle : « La *melitococcie* est en train d'évoluer, elle a tendance à devenir chronique, c'est une maladie qui plus tard deviendra, par ses manifestations et sa chronicité, une des affections les plus fréquentes et les plus tenaces. La *melitococcie* est une maladie d'avenir ». Ainsi, bien que la fièvre de Malte ait un pronostic le plus souvent favorable, elle n'en constitue

pas moins, par son extension, sa longue durée qui condamne à l'inaction pendant de longs mois les sujets qui en sont atteints, un vrai danger social.

C'est donc une maladie qu'il importe de bien connaître cliniquement. Cependant les premiers observateurs qui voulurent en donner une description d'ensemble furent déconcertés par le polymorphisme de la fièvre méditerranéenne et éprouvèrent une réelle difficulté à donner de cette maladie une définition précise. « *La sua regola é di non avere regola* », disait Giuffré de Palerme.

« Si je voulais fixer le caractère distinctif de cette fièvre, écrivait Tomaselli dans son mémoire à l'Académie de Gènes, je dirais que celui qui domine tous les autres, c'est de n'en avoir aucun ».

Cependant, la fièvre méditerranéenne est bien connue des médecins tunisiens et nombreux sont les travaux de l'Institut Pasteur de Tunis qui parurent sur cette maladie. A Tunis même, parmi la seule population israélite qui fait usage de lait de chèvre, non bouilli, l'on compte environ trois cents cas par an. A l'hôpital civil français, assez nombreux sont les sujets atteints de *melitococcie* qui entrent chaque année dans le service du docteur Masselot.

Il nous a été permis d'observer le plus souvent, chez les malades que nous avons vus, des caractères identiques, assez nettement définis, qui ont été décrits par les classiques sous le nom de forme commune :

Ces sujets buvaient pour la plupart du lait de chèvre non bouilli. Depuis dix, quinze jours, ils avaient quelques frissons, de l'asthénie et des sueurs nocturnes profuses. A leur entrée à l'hôpital, ils ne présentaient qu'une rate légèrement augmentée de volume et de la température. Celle-ci était le signe caractéristique, capital, qui permettait de soupçonner la F. M. Dépassant rarement 39° , elle présentait plusieurs ondulations successives, séparées par quelques jours d'apyrexie; la durée de chacune des ondes dépassait rarement quinze, vingt jours. Des douleurs articulaires, plus spécialement localisées aux articulations sacro-iliaques, aux genoux, venaient cliniquement confirmer le diagnostic et annonçaient souvent la fin de la maladie, la guérison survenant généralement trois mois après le début de la maladie qui laissait les sujets très déprimés. Le séro-diagnostic de Wright était positif à $1/200$. L'intradermo-réaction de Burnet à la méliture provoquait, au lieu d'injection, une rougeur nette et un œdème localisé. L'hémoculture était quelquefois positive.

Mais parfois la symptomatologie de la F. M. est beaucoup moins accusée et le diagnostic de cette maladie devient alors extrêmement délicat, plus particulièrement peut-être en Tunisie.

Nous ne parlerons pas des nombreuses maladies infectieuses propres aux pays d'Orient qui, auprès de celles que

l'on observe en Europe, viennent enrichir la pathologie de la Régence. Nous nous étendrons plus longuement sur les formes cliniques du paludisme et de la fièvre typhoïde dans l'Afrique du Nord.

Sans doute, les Français récemment arrivés en Tunisie font-ils une fièvre éberthienne absolument identique par ses caractères cliniques à celle que l'on observe en France, mais chez les indigènes ou chez les Européens qui habitent depuis de longues années la Régence, la fièvre typhoïde évolue avec un ensemble de signes très proches de ceux que l'on observe au cours de la melitococcie. La prostration peut faire défaut, les malades ne présentent souvent que de l'asthénie. La température est quelquefois oscillante, ne se maintenant pas en plateau. Les taches rosées manquent fréquemment et la constipation remplace quelquefois la diarrhée. Les rechutes ne sont pas rares.

Les paludéens, à leur premier accès frébile, ont souvent une température continue pendant plusieurs jours. Ils sont déprimés, ont une langue saburrale, quelques légers troubles intestinaux, des sueurs profuses. S'ils ne sont pas traités rapidement par la quinine, la température persiste, irrégulière dans sa courbe.

Souvent aussi, la F. M. évolue sans les caractères que nous avons décrits plus haut. On conçoit aisément quel peut être l'embarras du médecin qui doit établir un dia-

gnostic, un pronostic et un traitement chez un fébricitant.

Il faut le reconnaître, la clinique seule est souvent impuissante et c'est le laboratoire qui apporte la clef du problème.

C'est ainsi que la pratique des divers examens de laboratoire : hémoculture, séro-diagnostic pour le T. A. B. M. et le proterus X 19, l'intradermo-réaction de Burnet, pratique souvent systématique, au cours de toute maladie fébrile qui n'a pas fait sa preuve, a permis quelquefois de déceler certains cas de F. M., assez différents par leurs signes cliniques, leur évolution, de ceux communément observés. Ce sont ces formes inhabituelles de la fièvre de Malte que nous nous proposons d'étudier.

Nous décrirons successivement :

I Les formes frustes.

II Les formes graves.

III Les formes avec prédominance d'un symptôme ou formes compliquées.

—————

CHAPITRE PREMIER

FORMES FRUSTES

Au cours de l'évolution d'une fièvre méditerranéenne normale, certains symptômes apparaissent, si constants, si intimement liés, qu'ils forment un trépied caractéristique de la maladie. Ce sont :

La fièvre à long cours ;

Les sueurs profuses ;

L'anémie et l'asthénie.

Ce sont des symptômes cardinaux qui, par leur association, sont suffisants et nécessaires pour faire soupçonner la F. M. Apparaissant dès le début de la maladie, ils persistent pendant toute son évolution jusqu'à la convalescence. Les autres signes habituels de la *melitococcie*, les douleurs articulaires et même l'hypertrophie splénique, sont inconstants, mais ce trépied ne manque jamais.

La symptomatologie des formes frustes est parfois si atténuée, leur allure si insidieuse, qu'elles sont le plus souvent méconnues. Il est vraisemblable de penser que, de toutes les formes cliniques de la fièvre méditerranéenne, elles sont les plus fréquentes. Elles jouent ainsi un rôle

important dans la propagation de cette maladie. Il est dès maintenant acquis que la notion de la contagion de la melitococcie par le lait de chèvre n'est que l'un des éléments du problème de sa transmission. Avec la contagion par les animaux, il faut admettre celle par les convalescents ou les sujets atteints de formes frustes méconnues.

D'ailleurs, le major Shaw, membre de la Commission anglaise chargée d'étudier la fièvre de Malte, établissait la fréquence de ces formes frustes dans un rapport qu'il adressait le 25 novembre 1905 à Londres. Il examinait cinq cent vingt-cinq dockers du port de la Valette, en pleine santé apparente. Soixante-dix-neuf d'entre eux présentaient une agglutination nette pour le micrococcus melitensis. Vingt-deux eurent un séro-diagnostic positif, qui put être poussé jusqu'au taux de 1/500. Parmi ces derniers, quatre eurent une hémoculture positive et les urines de dix autres, inoculées aux singes, provoquèrent chez ces animaux des fièvres méditerranéennes typiques avec hémoculture positive.

Tous ces ouvriers, à l'exception d'un seul qui dû s'aliter pendant trois semaines, avaient pu continuer leur travail. Trois d'entre eux présentèrent une température légère dessinant une petite onde, deux eurent une légère ascension thermique ne dépassant pas 38° 3'. Les autres ignoraient même, jusqu'à la séro-agglutination, qu'ils étaient malades.

Depuis, dans les régions où la fièvre de Malte est fréquente, Vacaro en Italie, Nicolle, Masselot et Vincent, à Tunis, ont décrit plusieurs cas de formes ambulatoires. Nous rapportons plus loin l'observation que communiquèrent Noël Fiessuiger et Gaston Blum à la Société médicale des Hôpitaux, le 23 juin 1921 : ils citaient le cas d'un économe de l'Assistance Publique qui, malgré des symptômes particulièrement pénibles, put continuer des occupations absorbantes, sans jamais prendre le moindre repos et sans jamais s'aliter.

Nous avons observé une infirmière de l'Hôpital civil Français qui, atteinte depuis plus de deux ans de F. M., a pu assurer la direction d'un pavillon important, sans jamais se faire hospitaliser.

La latence de ces formes frustes, ainsi que l'a démontrée Shaw, est parfois presque absolue, et c'est la notion seule de leur fréquence qui permettra de les dépister, par des procédés de laboratoire.

L'état général semble quelquefois peu atteint, la fièvre, signe capital de la F. M., avec ses ondulations successives, ses irrégularités, son allure capricieuse peut faire défaut. Cependant, le plus souvent, un examen attentif permettra de déceler ici une légère ascension fébrile, là une déchéance de l'organisme inexplicquée, signes qui devront faire soupçonner la mélitococcie.

D'après l'étude de la température et des signes généraux, il est possible de distinguer dans ces formes frustes trois types cliniques.

1) Une forme à évolution écourtée de la courbe thermique et à symptomatologie gastro-intestinale ébauchée.

2) Une forme rappelant les accès paludéens, séparés par d'assez longs intervalles apyrétiques.

3) Une forme ambulatoire sans expression clinique.

I

Dans le premier type, les malades *présentent le tableau clinique de sujets atteints d'embarras gastrique fébrile* dont l'étiologie est à déterminer. Aucun signe ne permet de penser tout d'abord à la mélitococcie, seules les réactions de laboratoire permettront d'établir le diagnostic. Toutefois, au décours de la maladie, l'asthénie et la convalescence lente, traînante, seront des symptômes anormaux qui pourront guider le médecin vers la notion de la fièvre méditerranéenne, si celle-ci est restée méconnue.

Chez les malades, la température monte brusquement à 39°, annoncée par des frissons, et atteint parfois 40°, température souvent passagère, mais qui parfois se maintient en plateau pendant plusieurs jours et descend en lysis, ou température largement oscillante, avec forte rémission matinale.

Ces sujets se plaignent d'être fatigués depuis quelques jours. L'examen est à peu près négatif, à l'exception de quelques légers signes gastro-intestinaux. Leur langue est légèrement saburrale, ils ont parfois du gargouillement de la fosse iliaque, le plus souvent de la constipation et de l'anorexie. La rate est souvent perceptible. L'état général n'est pas touché. Les sueurs sont quelquefois défaut. Le diagnostic d'embarras gastrique ou de paratyphoïde est porté et une guérison assez prochaine est promise aux malades. Mais la convalescence de ces sujets est longue, ils présentent quelques oscillations thermiques, de la fatigue, des sueurs. La persistance de ce mauvais état général, l'allure traînante de la maladie attirent alors l'attention du médecin vers la F. M. Parfois, il aura fait faire dès le début, pensant à une paratyphoïde, un séro-diagnostic par le T. A. B. M., qui sera revenu, à son étonnement, positif par le *micrococcus melitensis*.

Dans quelques cas rares, la convalescence s'établit sans nouvelles poussées thermiques. D'Oelsnitz et Prin relatent dans la *Presse Médicale* du 16 janvier 1926, l'histoire clinique d'un cas fruste de melitococcie qui débuta quelques jours après l'ingestion de fromage blanc de chèvre.

La courbe thermique se limita à deux ondulations confluentes d'une durée totale de vingt jours. Il n'y eut aucun trouble subjectif, aucun symptôme fonctionnel, au-

un signe objectif, qui pût faire suspecter la nature de l'infection. Et pourtant, la séro-agglutination fut nette au taux de 1/3.000 et l'hémoculture fut positive, mais tardive, les colonies n'ayant apparu que dix jours après l'ensemencement du sang.

II

Dans un deuxième type, pseudo-palustre, la température ne dessine pas de courbe, même raccourcie. Elle monte brusquement à 39°, 40°, précédée de frissons, dure quelques heures, parfois même un ou deux jours, puis tombe brusquement à la normale. Annoncée par des frissons très violents, qui provoquent des claquements de dents, elle est accompagnée d'une sensation de forte chaleur, à laquelle font suite des sueurs profuses, comme dans un accès palustre. La température ne dépasse pas 38° pendant dix, vingt et même trente jours : puis apparaît brusquement un nouveau clocher thermique à 40° suivi d'une rémission subite. La rate est perceptible toujours, palpable souvent et dans la région où sévit le paludisme, ces malades sont presque toujours pris pour des paludéens. Ces formes semblent particulièrement traînantes.

Dans le cas qu'ont rapporté Noël Fiessuiger et Gaston Blum, leur malade présenta au début quelques signes d'infection pharyngée et une température qui ne dépassa

pas 38° ; signes qui firent porter le diagnostic de grippe bénigne. Il fut envoyé en convalescence sur la côte d'Azur. Quelques jours après son retour à Paris, « il fut pris brusquement d'une fièvre à 39° 1', avec sensation de chaleur et qui dura jusqu'au soir, accompagnée d'un malaise profond, indélinissable et d'un sentiment de dépression, d'inquiétude. Des sueurs profuses terminèrent cet accès fébrile. La fièvre qui avait baissé le lendemain matin s'éleva à nouveau dans l'après-midi au-dessus de 39° en même temps que survinrent des douleurs articulaires et de la céphalée occipitale violente avec sensation de contusion, de serrement très douloureux de la nuque. » Le malade put néanmoins continuer son travail, mais dans la suite, périodiquement, se produisirent tous les sept jours au début, puis tous les six et cinq jours, de nouvelles poussées fébriles ne durant que quelques heures.

L'histoire de la maladie de l'infirmière de l'H. C. F., dont nous avons parlée plus haut, est absolument identique. Celle-ci n'eut pas d'épisode aigu au début de sa maladie, mais depuis plus de deux ans, elle présente tous les mois un accès fébrile qui ne dépasse pas deux ou trois jours. Cet accès est annoncé par une sensation de malaise, de la céphalée, des douleurs articulaires nettes aux genoux et aux chevilles et se termine par des sueurs profuses. Dans l'intervalle, la céphalée seule persiste. Ancienne paludéenne, la malade crut tout d'abord à de nouveaux accès palustres,

mais la recherche des hématozoaires fut constamment négative. Par contre, si la séro-agglutination pour le *M. melitensis* fut nulle, l'intradermo-réaction de Burnet, pratiquée à maintes reprises, fut constamment positive. D'ailleurs, la malade fut soumise à plusieurs traitements d'épreuve par la quinine. La température, qui avait résisté aux injections intramusculaires de quinoforme, céda rapidement au traitement par choc réalisé par des injections de lait, selon la méthode préconisée par Weill, et qui est sans effet sur le paludisme. Sans doute s'agit-il ici de *F. M. à Paramelitensis*.

III

Le troisième type clinique est formé par les formes ambulatoires, qui peuvent rentrer dans le groupe des pseudo-tuberculeuses, établi par Sergent. L'ensemble des signes généraux et fonctionnels, l'aspect de ces malades, éveillent nécessairement l'idée de tuberculose. Le diagnostic entre cette forme de mélitococcie est d'ailleurs parfois très difficile, et bien souvent, alarmé, le médecin porte le diagnostic de tuberculose au cours d'une fièvre de Malte, par contre, quelquefois, il commet l'erreur inverse et prend pour une mélitococcie une tuberculose authentique.

Bien qu'ils présentent tout le tableau clinique de la bacillose, ces sujets néanmoins ne sont pas des tuberculeux.

Ils évoluent vers la guérison, après un temps plus ou

moins long, et même ne semblent pas plus prédisposés dans la suite à la phthisie, bien que la mélitococcie laisse ces malades profondément déprimés.

Des examens attentifs, répétés, des poumons, ne permettent pas de déceler fréquemment des lésions présentant un caractère nettement évolutif. La recherche des B. K. faite en série sera constamment négative. Des examens radioscopiques ne déceleront aucune lésion.

Cliniquement, la fièvre peu élevée passe souvent inaperçue ou même fait défaut, ou ne survient, passagère qu'au cours d'une complication. Quelques observations en ont été publiées dans la *Revue tunisienne des Sciences Médicales*. Les sujets qui sont atteints de cette forme fruste de la fièvre méditerranéenne présentent en effet « un certain air de famille », une richesse de signes fonctionnels qui contraste avec la pauvreté des signes physiques décelés par l'examen, assez caractéristique : état subfébrile, asthénie, douleurs vagues et prédominance articulaire, anorexie, amaigrissement anormal, sueurs profuses, tels sont les caractères communs qui peuvent faire défaut dans quelques rares cas, mais se rencontrent le plus souvent associés dans les formes ambulatoires, caractères que nous allons essayer de décrire :

Ces malades sont des *instables thermiques*. Sans doute, leur température le plus souvent ne dépasse pas 38° 5'.

cependant elle est rarement absolument normale à un examen prolongé. Ne dépassant pas $37^{\circ} 5'$, $37^{\circ} 6'$ le matin, elle atteint souvent le soir 38° , $38^{\circ} 2'$, est mal supportée, présente quelques oscillations à la suite d'un effort. Parfois même, une onde en miniature est dessinée pendant le cours de la maladie.

L'*asthénie* est constante, formant le signe majeur, sur lequel les malades attirent le plus complaisamment l'attention. Leur état général fléchit en quelques jours. Ils constatent une diminution très rapide de leurs forces, sans cause apparente. Ils continuent néanmoins leurs occupations, mais le plus souvent au prix d'un réel effort qui les épuise. Certains éprouvent même de la difficulté à la marche. Cette impression de lassitude est surtout marquée le soir. L'insomnie est très fréquente, tenace, et les malades se lèvent plus fatigués que la veille.

A cette *asthénie* est souvent associée une *dépression psychique très marquée*. Les malades n'apportent aucun intérêt à leurs occupations, présentent de la tristesse, traversent des périodes de découragement qui peuvent même aller jusqu'à une véritable anxiété, ainsi que l'ont rapporté Noël Fiessuiger et Gaston Blum. L'importance de cette *asthénie* a frappé depuis longtemps les observateurs tunisiens. Constante pendant l'évolution de la maladie, elle manque très rarement à la période de début, survenant

souvent avant tout autre signe, d'où le nom « d'asthénie prémelitococcique » qui lui a été donné par Cassuto.

En outre, *ces asthéniques sont des douloureux* qui décrivent avec un grand luxe de détails les malaises qu'ils ressentent.

Ils se plaignent de courbatures généralisées, de douleurs sourdes, erratiques, au niveau des membres. Ils accusent des myalgies, plus fréquentes aux mollets, des névralgies intercostales et surtout articulaires. Celles-ci surviennent parfois assez rapidement dans ces formes, plus marquées aux épaules, aux genoux et aux chevilles. Les médecins de l'armée anglaise de Malte avaient remarqué depuis longtemps que les soldats qui se plaignaient de ne pouvoir tirer à genoux présentaient des formes de fièvre méditerranéenne jusqu'alors ignorées.

La céphalée est le symptôme le plus pénible. Constante chez les malades, elle est frontale ou occipitale, survenant souvent dès le matin, rebelle aux médicaments, prenant parfois la forme de migraine pénible, s'accompagnant parfois de vomissements, persistant même dans les intervalles d'apyrexie presque complète.

Des otalgies ont été signalées, si violentes qu'elles purent en imposer pour des otites et faire pratiquer des paracentèses inutiles.

Cette asthénie, ces malaises enlèvent tout appétit. L'ano-

rexie est parfois complète, impossible à vaincre, constituant même une véritable complication, ne permettant pas l'application d'un régime de suralimentation, nécessaire dans une affection aussi débilitante par sa longue durée.

Aussi l'*amaigrissement* est-il parfois considérable, précoce, rapide, persistant pendant toute la maladie. Certains sujets perdent en quelques mois dix, quinze et même vingt kilogs, prenant l'aspect cachectique. A ces signes que nous venons de décrire, vient s'en ajouter un autre, de tous, peut-être le plus important : ce sont les *sueurs profuses*. Caractéristiques, ainsi que les ondulations thermiques, dans les formes communes de F. M., dans lesquelles la température atteint et dépasse 40° , elles semblent, dans les formes frustes, paradoxales. Bien que la température de la nuit ne dépasse pas $37^{\circ} 8'$, 38° , elles surviennent profuses, plus abondantes que dans les autres affections fébriles et la tuberculose. Apparaissant le plus souvent entre deux et quatre heures du matin, elles obligent, par leur intensité, le malade à se changer plusieurs fois de linge. Elles présentent cette particularité d'être souvent localisées, siégeant le plus souvent au thorax, à la face et même au cuir chevelu seul, épuisant le malade par leur abondance et leur répétition. Nous ferons remarquer que leur disparition permet presque toujours d'affirmer la guérison.

Il est permis de concevoir que l'ensemble de ces signes

On ne saurait trop se hâter de suspecter ces malades de tuberculose, de paludisme quelquefois. Les moindres signes d'auscultation seront recherchés, les examens cliniques, les radioscopies pulmonaires, les examens de crachats, les recherches d'hématozoaires seront répétés et resteront négatifs.

Que trouve-t-on en effet à l'examen de ces malades ? Le plus souvent, peu de signes. Leur amaigrissement et la pâleur de leur visage, vraiment anormale, sont frappants. Ils ont le faciès blême de ceux qui sont profondément anémiés, un teint terreux, parsemé quelquefois de petites taches brunâtres qui pourraient faire songer à l'addisonisme. Cette anémie s'explique aisément. Il est courant de noter à l'examen du sang de ces malades une diminution notable des globules rouges dont le nombre s'abaisse à 3.000.000, 2.500.000 par millimètre cube.

À l'examen des divers appareils on ne relève que de la tachycardie permanente même au repos : le pouls atteint souvent cent, cent trente pulsations à la minute. La tension artérielle est souvent faible. La maxima prise au Vaquez ne dépasse pas quelquefois 11, 12.

La rate est hypertrophiée, presque toujours percutable, quelquefois palpable, mais n'atteignant pas habituellement le volume d'une rate paludéenne.

L'examen des urines dénote souvent une albuminurie légère : dix, vingt centigrammes par litre, et de nombreux phosphates ammoniac-magnésiens.

L'évolution de ces formes frustes est très variable. D'Oelsnitz a relaté une observation où la guérison survint en vingt jours, mais le plus souvent, la durée de la maladie est très longue, pouvant atteindre deux ans. Il semble que la durée de certains cas ait été abrégée par la vaccinothérapie, mais les résultats de ce traitement sont trop souvent inconstants.

Ces formes sont le plus souvent méconnues. C'est l'interrogatoire du malade qui révélera au médecin la consommation de lait de chèvre non bouilli. La notion d'endémie, la discordance entre les signes fonctionnels et les signes physiques devront lui faire pratiquer systématiquement l'intradermo-réaction de Burnet, la séro-agglutination et l'hémoculture chez tous les malades qui, dans les pays où sévit la F. M., présentent un état anémique prononcé dont la cause n'est pas évidente.

CHAPITRE II

FORMES GRAVES

Ces formes sont exceptionnelles. A Tunis, où le nombre des malades atteints de F. M. dépasse chaque année le chiffre de trois cents, c'est à peine si l'on compte cinq ou dix décès. Il semble bien que cette affection mérite le pronostic généralement très favorable qui lui est accordé.

Pourtant Rozier, dans le *Progrès Médical* du 25 décembre 1920, s'est élevé contre cette opinion; il est allé même jusqu'à écrire : « La grande bénignité, la guérison malgré la longue durée, c'est la légende, la réalité est tout autre ». Sans doute, ajoute-t-il, « la mortalité, d'après les statistiques portant sur l'élément militaire de l'île de Malte, ne dépasse pas deux à trois pour cent sur un ensemble de trois mille six cent cinquante-deux cas. Mais une pareille appréciation reposant sur une statistique portant sur l'élite d'une population du point de vue de la résistance et de la vigueur ne paraît pas répondre à la moyenne des cas observés en France... A Malte même, la population civile est autrement éprouvée; près de dix pour cent de morts sur quatre mille

six cent vingt-sept cas. Gardon signale à Alger quatre décès sur quinze cas. Aubert, Cantaloube et Thibault comptent, dans une épidémie de F. M. qui sévit à Saint-Martial-du-Gard, cinq décès sur cent six cas. Soulié compte trois décès sur les seize cas qu'il a observés ».

En Espagne, Camocho rapporte de nombreux cas de mélitococcie observés dans la région de Grenade en 1918. La mortalité, due à cette maladie seule, fut supérieure à celle de toutes les autres maladies infectieuses réunies.

Il semble que ces statistiques soient erronées. Il est prouvé aujourd'hui que de nombreux cas étiquetés fièvres méditerranéennes sur la foi de séro-diagnostic faiblement positifs, n'étaient en réalité que des formes anormales de typhoïdes, de paludismes, de tuberculose et même de rhumatismes articulaires aigus.

Toutefois, des cas indiscutables, mortels, et de haute gravité, prouvés par des hémocultures positives et des séro-diagnostic poussés à un taux élevé, ont été décrits depuis quelques années.

Par leur sévérité, ces formes s'écartent nettement du type habituel. Dans les diverses modalités cliniques qu'elles présentent, elles sont remarquables par deux caractères primordiaux, constants, qui par leur intensité effacent tous les autres. Ce sont :

Une température très élevée ;

La prédominance des signes nerveux.

Les autres symptômes habituels de la F. M., les sueurs, les arthralgies, sont ici inconstants ; ils peuvent exister dès le début de la maladie, mais sont masqués par l'importance que prennent les signes précédents et ne deviennent nets qu'après la phase aiguë.

Nous distinguerons :

Des formes suraiguës, mortelles ;

Des formes aiguës, revêtant parfois une allure ataxo-dynamiques ;

Des formes aggravées : les unes associées à d'autres maladies infectieuses telles que la typhoïde et le paludisme, les autres évoluant chez des sujets tarés, syphilitiques ou alcooliques. Ces dernières formes ne nous arrêteront pas. Il est le plus souvent difficile ou même impossible de discerner quelle part, dans la gravité de leur évolution, revient soit à la F. M., soit à la maladie associée, soit au terrain.

I. FORMES SURAIGUËS

Elles ont été décrites pour la première fois en 1893 par Hughes. Leur gravité est extrême dès le début, leur évolution est rapide, fatale, la mort survient habituellement dans le premier mois, parfois en quelques jours. Toute thérapeutique paraît être illusoire. Elles sidèrent les moyens de défense de l'organisme. Par leur température très élevée, la brutalité du début, la précocité de l'apparition des troubles

nerveux, l'absence de localisations viscérales, elles rappellent le typhus.

Surpris par la F. M. en pleine santé apparente, les malades entrent rapidement dans le coma, présentent une hyperthermie anormale. Cet état extrême persiste pendant quelques jours, puis la température s'abaisse progressivement, le pouls augmente de fréquence et la mort survient parfois avec une température normale.

Grocco, Tomaselli ont noté, parmi les cas fatals qu'ils ont observés, la fréquence des signes bulbaires : discordance des rythmes respiratoire et cardiaque avec vomissements incoercibles.

Timpano rapporte un cas dans lequel apparurent au quatorzième jour de la maladie une céphalée niteuse, de la photophobie, des vomissements, du délire et des convulsions cloniques qui annoncèrent la mort.

Dans le *Journal de Médecine tropicale* du 15 février 1923, Archibald relate l'observation d'une forme mortelle survenue à Kartoum chez un soldat égyptien, âgé de 25 ans. Celui-ci présenta une très forte température d'emblée, irrégulière au début, et une grosse rate ; traité sans résultat par des injections de quinine, le malade eut ensuite une température qui se maintint en plateau pendant quinze jours, dessinant toutefois une ébauche d'onde. Le malade fut dès les premiers jours dans un état proche du coma. Trois jours

avant sa mort, la fièvre baissa progressivement et le malade mourut dans le coma le 27^e jour. Le sang prélevé au 21^e jour ne donna pas de séro-agglutination par le T. A. B.-M, mais l'hémoculture fut positive. L'auteur accorde un fâcheux pronostic à cette dissociation.

Nous avons observé à l'Hôpital civil Français un cas mortel que nous rapportons plus loin. Prise brusquement d'une céphalée frontale atroce et de frissons violents, sans vomissements, la malade présenta d'emblée une température élevée. Transportée dans le service, elle était à l'entrée dans un semi-coma, reposant inerte sur son lit, poussant quelques gémissements. Elle présentait tous les signes d'une infection suraiguë. Ses traits étaient tirés, les yeux cernés, la langue sèche, rôtie, les lèvres fendillées, la respiration était rapide et superficielle. Le pouls, fréquent, irrégulier, atteignait 108 pulsations à la minute. La température était de 40° 5'.

À l'examen, on notait de nombreuses taches de purpura sur l'abdomen, une grosse rate dépassant d'un travers de doigt le rebord costal, des signes discrets de congestion pulmonaire aux deux bases, de l'incontinence des urines.

Malgré tous les moyens thérapeutiques employés, dès le lendemain de son entrée, la malade entra dans le coma. La température tomba progressivement, le pouls devint incomptable, la malade présentait toujours de l'inconti-

nence des urines, d'ailleurs peu abondantes. Entrée le 26 décembre 1924, elle mourut le 1^{er} janvier 1925, ayant une température de 37° 5'. La maladie avait évolué en treize jours. Après la mort, les examens de laboratoire vinrent établir la nature de l'affection.

Ces formes sont donc particulièrement sévères, presque toujours mortelles. On n'en compte que quelques cas dans la littérature médicale.

Coma fréquent et apparaissant dès les premiers jours, température très élevée qui tombe dans les heures qui précèdent la mort, respiration rapide et superficielle, taches purpuriques, tels sont les caractères principaux de ces formes, caractères qui n'ont rien de spécifiques et qui ne permettront pas d'établir le diagnostic. Comme nous l'avons déjà dit des formes frustes, et comme nous le répétons, celui-ci sera fait par les seuls examens de laboratoire, hémoculture et séro-diagnostic. Encore faut-il faire remarquer avec Archibald que, dans ces formes à allure presque foudroyante, la séro-agglutination peut manquer.

II. FORMES AIGÜES

La gravité initiale, leur longueur parfois désespérante, la persistance de la fièvre sont les caractères principaux de ces formes. Ajoutons que malgré leur allure souvent impressionnante, la guérison est habituelle, sans séquelles, guérison hâtée quelquefois par la vaccinothérapie.

Il est possible de leur reconnaître, schématiquement, deux phases. L'une aiguë, par l'intensité de la courbe thermique, la sévérité des symptômes généraux, l'importance des signes nerveux, est très proche de la modalité clinique que nous avons décrite sous le nom de forme suraiguë. Elle traduit l'intoxication profonde de l'organisme qui semble incapable de réagir.

Dans une deuxième phase, qui peut n'apparaître qu'un ou deux mois après le début de la maladie, la résistance de l'organisme contre l'infection se dessine. La lutte est souvent longue, pénible, marquée par des péripéties parfois inquiétantes, des retours offensifs de l'infection, mais de ce combat, l'organisme sort presque toujours victorieux.

Alors que dans la première partie de l'évolution de la F. M., les troubles nerveux et l'élévation de la température forment les symptômes majeurs, dans cette seconde phase, la maladie tend à prendre le type habituel, subaigu, de la fièvre de Malte. La température qui était restée longtemps en plateau, continue, présente quelques rémissions, des ondes typiques se dessinent. Les sueurs profuses, les arthralgies, les névralgies tenaces prennent toute leur importance clinique. La maladie prend alors une allure traînante, persiste pendant des mois, quelquefois pendant un et même deux ans. La guérison survient, le plus souvent complète.

Du point de vue de la clinique, les sujets atteints

de ces formes aiguës présentent le syndrome d'une typhoïde sévère et c'est ce dernier diagnostic qui est le plus souvent porté au cours d'un premier examen.

La période d'invasion est marquée quelquefois par l'apparition d'une forte lassitude, de la céphalée, de légers frissons, signes qui font rarement défaut au début de la fièvre typhoïde. Cependant le plus souvent, après quelques légers malaises, la maladie éclate brusquement, le début est brutal. Et la soudaineté des premiers symptômes, graves, est déjà un peu en faveur de la F. M. aiguë.

L'un de nos malades assistait aux courses de Kassar-Saïd, en parfaite santé apparente, quand il fut pris d'une syncope. Sa température rectale, prise immédiatement, dépassait 39° . Un autre ressentait depuis quelques jours de légers malaises, mais pouvait chasser tout un après-midi, sans être aucunement fatigué, buvait et dînait d'un fort bon appétit. Le soir même, il faisait une ascension thermique jusqu'à $40^{\circ} 1'$.

Après quelques légers malaises, les malades ressentent, le plus souvent brusquement, des frissons violents, pénibles, qui les font claquer des dents. Une céphalée frontale pénible, de violentes courbatures leur font suite. La température atteint d'emblée 39° , 40° . Des vomissements sont parfois notés.

La température tombe parfois brusquement pour

remonter le lendemain à 40° ou se maintient élevée dès le début. L'état général s'aggravant rapidement, c'est d'ordinaire dans les tout premiers jours de leur maladie que nous voyons ces sujets à l'hôpital.

Un premier symptôme frappe immédiatement l'attention : c'est la prostration de presque tous ces malades, prostration plus marquée que ne l'est celle des sujets atteints de typhoïde. Inertes sur leur lit, ils sont hébétés, semblent faire un grand effort pour répondre aux questions qui leur sont posées, présentent de la confusion mentale, apathiques, ils sont indifférents à tout ce qui les entoure. Certains présentent de la carphologie.

Plus rarement ont été notés dès le premier jour de la maladie des symptômes d'excitation. Flye Sainte-Marie et Mausouri rapportent dans le *Maroc Médical* l'observation d'un indigène qui était nerveux, inquiet, agité par moments de soubresauts brusques, présentant du tremblement menu des mains et une myoclonie des muscles de la face déterminant un tic.

En outre, ces malades ont l'aspect des grands infectés. Leur visage est pâle, très altéré, parfois terreux et couvert de grosses gouttes de sueur, leur regard est vague, inexpressif. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre très épais, les lèvres sont sèches, fendillées. La température atteint ou dépasse 40°.

Cependant, le pouls est le plus souvent régulier, parfois même ralenti, ainsi qu'au début d'une fièvre typhoïde. L'un de nos malades n'avait que cinquante-six pulsations radiales à la minute, alors que sa température dépassait 39°.

Cependant, l'examen de divers appareils reste souvent négatif. L'abdomen est souple, non météorisé, sans points douloureux appendiculaire ou vésiculaire. Quelquefois, un léger gargouillement est noté au niveau de la fosse iliaque droite. La constipation est fréquente, souvent opiniâtre. Les bruits du cœur sont réguliers, assez bien frappés. Il est fréquent de noter des signes de bronchite ou de congestion pulmonaire discrète aux deux bases. La rate est grosse, toujours percutable, dépassant rarement le bord costal.

A l'examen des urines, on note la présence fréquente d'une très légère quantité d'albumine. Les phosphates ammoniaco-magnésiens sont par contre très abondants, qui donnent à l'urine une réaction alcaline dont l'importance a été signalée récemment par Zammit.

Les malades se plaignent seulement d'une céphalée pénible et d'une insomnie rebelle.

Ainsi, le plus souvent, le médecin a devant lui un malade qui a eu des frissons intenses, présente une température élevée, une prostration ou des troubles nerveux importants, de légers signes gastro-intestinaux avec cons-

tipation et une grosse rate. Quel diagnostic doit-il porter, quel traitement devra-t-il instituer ?

Le problème est difficile à résoudre. En Tunisie, devant un ensemble de tels signes, le médecin devra penser à la fièvre typhoïde à allure souvent atypique, sans prostration, sans taches rosées, avec constipation, à la F. méditerranéenne et au paludisme d'invasion, chacune de ces maladies pouvant simuler les autres. Aussi est-il de bonne pratique clinique, en ces régions, de faire à tout fébricitant un étalement de sang sur lames pour la recherche des hématozoaires, une culture du sang et, si le dixième jour de la maladie est passé, un séro-diagnostic. C'est alors qu'est précieuse l'intradermo-réaction de Burnet qui, si l'on a affaire à une fièvre de Malte, est positive cinq ou six heures après l'injection de la mélitine. Le malade est mis au régime lacté, baigné et soumis à un traitement d'épreuve quinique pendant trois jours.

Si, malgré les injections de quinoforme, la température persiste, le diagnostic de paludisme peut être écarté. L'intradermo-réaction de Burnet, la séro-agglutination, trop rarement l'hémoculture viennent donner la clef du problème et affirmer l'existence d'une fièvre méditerranéenne.

Nous nous sommes étendus longuement sur la marche suivie habituellement pour montrer comment le diagnostic de F. M. est porté le plus souvent.

La prostration et l'hyperthermie sont donc les deux grands signes cliniques du début. La température est le plus souvent continue, n'offrant pas le type irrégulier, capricieux, qui lui a fait donner par Schoull le nom de fièvre folle. Elle se maintient aux environs de 40°, présentant une légère rémission matinale, persiste ainsi pendant quinze, vingt jours ; l'état général du malade est toujours grave, le pouls augmente de fréquence, les bruits du cœur sont assourdis, mais le plus souvent réguliers. Il faut parler ici d'asthénie cardiaque et non de myocardite. L'état devient alarmant. A cette période, apparaissent souvent des hallucinations, du délire qui peut persister pendant dix, quinze jours. L'incontinence des urines et des matières fécales a été observée.

Il semble que l'issue doive être fatale. La température est toujours anormalement élevée, l'émaciation du malade est extrême, le pouls est rapide, les urines sont peu abondantes, le sujet est inconscient, la fin semble proche.

La température, à ce moment critique, change de caractère, elle descend quelquefois progressivement en lysis, jusqu'à 38°, l'état du malade semble légèrement amélioré quand une nouvelle poussée thermique fait alors son apparition, dessinant une onde typique, qui est la signature clinique de la F. M

Plus souvent, la descente de la température ne se fait pas franchement. La fièvre devient oscillante, la courbe

thermique est en « dents de scies », la température, presque normale le matin, atteint le soir 39° , 40° , et peut ainsi persister pendant des semaines et des semaines, esquisant parfois une ébauche timide d'onde.

Dès lors, les signes classiques de la fièvre méditerranéenne deviennent prédominants. Les sueurs nocturnes apparaissent, dans la deuxième partie de la nuit, profuses. Des arthralgies, plus fréquentes aux articulations sacro-iliaques et aux épaules, apparaissent, fugaces. L'état des malades est toujours précaire ; très amaigris, ils ont parfois perdu quinze, vingt kilogs, leur asthénie est extrême, ils restent confinés au lit, sujets aux insomnies, appréhendent la poussée thermique vespérale qui leur est annoncée par de légers frissons.

Quelques caractères viennent donner à ces formes une allure particulière.

Les ondes sont plus fréquentes que dans les formes communes, se succédant sans intervalles d'apyrexie, présentant l'apparence d'une certaine gravité.

Nous rapportons l'observation d'un malade qui, atteint de F. M. dans les derniers jours du mois de janvier 1925 fut presque constamment fébrile jusqu'au 10 juillet. Les ondes succédèrent aux ondes. Chacune d'elles durait quinze ou vingt jours. La température restait pendant plusieurs jours au-dessus de 40° , pendant lesquels le malade était confus, délirant.

Enfin, après six, dix, quinze mois, la convalescence s'établira, longue, pénible, la température légèrement au-dessus de la normale présente quelques ascensions thermiques élevées, passagères, en clochers. L'asthénie des malades reste longtemps extrême, les rendant incapables du moindre effort et souvent, à cette période, sont notés quelques troubles mentaux, légers, qui disparaissent avec la maladie. Ils sont caractérisés par une forte dépression physique, de la mélancolie, quelquefois, au contraire, par un état hypomaniaque. Les sueurs persistent la nuit, abondantes, malgré une température voisine de la normale. Le pouls reste rapide, même au repos, atteignant cent, cent vingt pulsations, traduisant l'anémie profonde de ces malades.

Enfin, la guérison survient, parfois rapide, annoncée parfois par la disparition des sueurs, et les malades recouvrent, parfois, avec une rapidité surprenante, leur état de santé antérieur.

Souvent, après des mois d'évolution, un rien précipite la guérison.

Il semble donc que ces formes, malgré leur allure grave, évoluent naturellement vers la guérison. Un fait est remarquable. Rares sont les complications sérieuses qui viennent troubler l'évolution de la maladie. La myocardite, les néphrites aiguës, les méningites, les pleurésies purulentes sont absolument exceptionnelles. Sans doute voit-

on quelquefois, au cours de la F. M., apparaît une orchite, une hydarthrose, une suppuration, symptômes qui rentrent d'ailleurs dans le cadre de l'affection ; mais ces manifestations sont si peu fréquentes qu'elles constituent, en réalité, des formes cliniques anormales, que nous étudierons plus loin.

Cette maladie, désespérante par sa longueur, est souvent décevante par l'échec des moyens thérapeutiques employés. Aucune méthode ne donne de résultats le plus souvent encourageants. Certains auteurs ont employé avec succès les abcès de fixation selon la méthode de Fochier par l'injection d'essence vieille de térébenthine, mais auprès de quelques résultats brillants, combien d'échecs !

Plus récemment, la vaccinothérapie a été essayée, il n'est pas dans nos intentions d'étudier la valeur de ce traitement, nous avons constaté, seulement, à l'Hôpital civil Français, que les injections de vaccin par voie sous-cutanée ou intra-musculaire restaient le plus souvent sans action sur l'évolution de la maladie.

Plus intéressantes sont les injections de vaccin par voie intraveineuse.

Des F. M. ont été guéries par quelques injections qui provoquent une réaction très vive, avec température à 40°, agitation et quelquefois délire. Cette méthode doit être rapprochée de celle des injections de lait ou de sang du malade, qui déterminent un choc. Il ne semble pas

qu'il faille attribuer aux injections intraveineuses de vaccin une action spécifique.

Bien souvent la maladie résiste à toutes les médications et traîne, ainsi que nous l'avons déjà dit maintes fois, pendant des mois et des mois, évoluant naturellement vers la guérison.

CHAPITRE III

FORMES AVEC PRÉDOMINANCE D'UN SYMPTÔME OU FORMES COMPLIQUÉES

Nous rapporterons en outre, une observation de F. M. à forme suppurée et deux cas de mélitococcie ayant évolué chez des nourrissons sous l'aspect de gastro-entérites banales.

Au cours de l'évolution d'une mélitococcie, la température, par sa longue durée, son allure ondulante, irrégulière, constitue le symptôme prédominant, constant, de la maladie, celui qui efface tous les autres.

Si chaque phase d'une fièvre typhoïde peut être troublée par l'apparition de complications cardio-vasculaires, intestinales ou pulmonaires, complications fréquentes, prévues, qui viennent enrichir la symptomatologie de la maladie, par contre, la F. M. évolue le plus souvent sans complications, avec une réelle pauvreté de signes cliniques.

Aussi, ces complications, par leur apparition insolite, constituent-elles de véritables formes venant donner une note originale au tableau clinique de la F. M.

Nous nous proposons de passer rapidement en revue :

Les formes hémorragiques ;

Les formes pulmonaires ;

Les formes douloureuses.

I. — FORMES HÉMORRAGIQUES

L'apparition du syndrome hémorragique au cours d'une mélitococcie est l'indice d'une infection très sévère et comporte un fâcheux pronostic.

Assez fréquentes dans le sud de l'Afrique, car les médecins de la colonie du Cap en ont rapporté de nombreuses observations, ces formes hémorragiques sont rares en Europe et en Tunisie.

Toutefois en France, Cantaloube et Lisbonne ont noté l'apparition d'hémoptyxies, de métrorragies, d'hématémèses au cours des épidémies du Gard. Dans le bulletin de la Société de Pathologie exotique, Edmond Sergent, Nègre et Borus ont cité l'observation d'un malade, atteint de fièvre méditerranéenne qui mourut d'une hématémèse foudroyante produite par un ulcère gastrique infectieux, dont la cause, nettement établie, était le melitensis.

En Italie, Castorina, dans la revue *Pediatrics*, 1^{er} juin 1924, cite le cas d'un enfant de trois ans et demi, qui fut infecté à la fin de sa première année par du lait de chèvre, non bouilli. Après quelques jours de température élevée, apparurent des épistaxis abondantes et du purpura géné-

ralisé. La vaccination amena la disparition de la fièvre et du purpura.

Mais quarante jours après, on observe un retour de la température et du purpura avec un œdème fugace des paupières, des mains et des pieds, symptômes qui disparurent après l'injection au malade de vingt centimètres cubes de sérum de sang paternel.

Castronovo (*Malaria 1 malatt. de paesi Caldi*, janvier 1916) rapporte le cas d'un homme de vingt ans dont la famille était exempte de diathèse hémorragique; le malade fit une première onde fébrile qui dura vingt jours. Au vingt-et-unième jour, la température fit une nouvelle et forte ascension avec épistaxis profuses, des hémorragies gingivales et des hématuries. On nota également des pétéchie sur les bras et la poitrine. Le malade entra à l'hôpital où il reçut un traitement intensif contre les hémorragies. La séro-agglutination, nulle pour le T. A. B. et le proteus X 19, atteignit le taux de 1/2.000 pour le melitensis. Le malade guérit.

Nous rapportons les observations de trois malades, hospitalisés dans le service du docteur Masselot, qui présentèrent un syndrome hémorragique. De ces trois cas, deux furent mortels.

L'un de nos malades (voir observation numéro XIV) mourut six jours après son entrée dans le service, dans le

coma, en hypothermie. Elle présentait de nombreuses taches purpuriques sur la peau de l'abdomen.

Le deuxième (voir observation n° XXII) eut des epistaxis rebelles, de légères hématuries et du purpura sur l'abdomen et les cuisses. La température s'abaissa progressivement jusqu'à 37°, et le malade mourut dans le coma.

Le troisième (voir observation n° XXIII) arriva dans le service avec une température au-dessus de 39° et des hémorragies profuses et multiples, gingivales, intestinales et rénales. Il présentait de nombreuses plaques ecchymotiques aux points déclives du corps. Les hémorragies se répétèrent, de la plus haute gravité pendant huit jours, provoquant une syncope. Une injection intraveineuse de Ca Cl_2 à 5/100 amena immédiatement la disparition de ces hémorragies, et la fièvre méditerranéenne évolua dans la suite d'une façon normale. Le malade guérit.

Nous n'insisterons pas sur la gravité de ces formes hémorragiques de la fièvre méditerranéenne. Ainsi que nous l'avons déjà dit, deux, parmi les trois cas que nous avons observés, se terminèrent par la mort.

Encore convient-il peut-être de distinguer dans ce syndrome hémorragique deux types qui semblent distincts. Le premier, survenant au cours d'une fièvre de Malte, grave dès son début, est constitué par des taches purpuriques, grosses comme des têtes d'épingles, localisées le plus souvent à l'abdomen et à la racine des cuisses, quelquefois,

mais plus rarement, généralisées. Survenant au cours d'une fièvre de Malte, comme il peut survenir au cours de la plupart des maladies infectieuses à allure sévère, telles que la scarlatine, la rougeole, le purpura, par son apparition, permet presque d'affirmer la mort dans un bref délai. L'état général des malades est profondément touché, la prostration est extrême, leur température s'abaisse rapidement, après quelques oscillations, au-dessous de la normale, le pouls est incomptable. L'incontinence des sphincters est fréquente, et les malades meurent dans l'hypothermie et le coma. L'apparition de ce purpura a donc une importance pronostique considérable. C'est ainsi qu'une de nos malades, D..... Joséphine, (observ. n° XIV) fut emportée en moins d'un mois par une fièvre méditerranéenne. Entrée le 26 décembre 1924, au Pavillon C, avec une température de 40° 5', elle mourait le 1^{er} janvier 1926 dans le coma avec une température de 37° 6'. Arrivée dans un état proche du coma, elle avait de l'incontinence des urines et des matières. Ses yeux étaient cernés, les traits du visage tirés. Les lèvres étaient sèches, fendillées, la langue fuligineuse, rôtie. La peau de l'abdomen était parsemée de nombreuses petites taches purpuriques. La fréquence du pouls était de cent huit pulsations radiales. Le lendemain de son entrée, la malade était dans le coma confirmé, la température s'abaissait progressivement, le pouls devenait incomp-

table, l'oligurie était plus marquée, et la malade succombait six jours après son entrée.

Plus intéressantes sont les formes dans lesquelles apparaissent, associées quelquefois au purpura, des hémorragies des divers appareils. Par leur répétition, leur profusion, elles aggravent considérablement l'évolution d'une F. M. jusqu'alors normale, peuvent provoquer des syncopes et même la mort. Cependant, leur gravité, bien que très grandes, ne permet pas de porter le pronostic presque désespéré des formes précédentes.

Survenant quelquefois, ainsi que le rapporte Castorina, après quelques jours de température élevée, elles apparaissent, le plus souvent, non pas à la première, mais au cours d'une deuxième ou d'une troisième onde, à la période d'état de la maladie. Elles forment une complication inattendue, un symptôme anormal qui, par son apparition, déroute le clinicien.

Le plus habituellement, les malades ont ressenti quelques frissons, une grande lassitude, ont présenté une température irrégulière, ondulante, des sueurs nocturnes profuses, quelques asthralgies. Après quelques hésitations et un traitement d'épreuve à la quinine, le médecin averti aura porté le diagnostic de fièvre méditerranéenne et se sera presque porté garant de la guérison à une date éloignée.

Mais au cours d'une onde ultérieure, apparaissent des

hémorragies multiples qui modifient complètement le tableau clinique. Parfois, le syndrome hémorragique est peu marqué. On note des pétéchies, des épistaxis, des otomatorrogies, des hématuries peu importantes que décèle seulement un examen microscopique des urines. Ces hémorragies ne comportent en elles-mêmes aucun caractère de gravité, ne menaçant pas la vie du malade, cédant facilement aux traitements habituels. Toutefois, elles ne s'observent que dans les formes graves.

Par contre, les hémorragies peuvent être profuses, répétées, pouvant s'observer au niveau de tous les appareils. C'est ainsi que Lisbonne et Cantaloube, comme nous l'avons déjà dit, ont observé des hémophysies, des hématémèses et des melœuas, des métrorragies profuses, persistantes. Un de nos malades (observ. n° XVIII) présenta des hématuries très abondantes, des hémorragies intestinales répétées et une stomatorragie continue, la veille de son entrée à l'hôpital. A son arrivée, on notait sur la peau de l'abdomen et sur les cuisses de nombreuses taches purpuriques. La température atteignait 38° 9', le pouls était mal frappé, très rapide. On comptait cent quarante pulsations à la minute.

Les jours suivants, les hémorragies intestinales se répétèrent profuses. Les urines étaient noirâtres uniformément, donnant l'impression de sang presque pur. Puis des taches violacées, plus larges que la paume de la main, confluentes, apparurent aux point déclives du corps, cou-

vrant tout le dos et la face postérieure des cuisses. La température dépassait 40° , le pouls était incomptable, le malade était prostré, couvert de sueurs, les urines toujours sanglantes étaient peu abondantes. Une nouvelle hématurie, très importante, provoquait une syncope qui faillit emporter le malade. Une injection intraveineuse de chlorure de calcium arrêta immédiatement ces hémorragies.

Quand ces hémorragies résistent aux traitements employés, la température s'abaisse à la normale, quelquefois même on note de l'hypothermie, le pouls s'accélère, devenant incomptable, et les malades meurent dans le coma.

Ainsi le syndrome hémorragique survient, inattendu, tout à fait inhabituel au cours d'une fièvre méditerranéenne. Dans les heures qui précèdent, la température s'élève brusquement, le pouls s'accélère, les malades accusent parfois une violente rachialgie.

Aucun signe ne permet de prévoir au début d'une fièvre de Malte que des hémorragies apparaîtront. Cependant, il nous semble qu'elles surviennent chez les malades présentant un tableau clinique un peu particulier. C'est ainsi que nos trois malades présentaient dès le début de leur F. M. une forte diarrhée, symptôme anormal dans cette maladie où la constipation est habituelle. Ils avaient en outre un subictère net des conjonctives et un foie volumineux, dépassant largement le rebord costal. Il nous apparaît donc qu'un ensemble de tels signes, lié

sans doute à une insuffisance hépatique, doit faire redouter l'apparition d'hémorragies.

Enfin, si les formes hémorragiques de la F. M. comportent une mortalité élevée, elles ne sont pas toujours au-dessus des moyens thérapeutiques. C'est ainsi que Castorina a pu les arrêter par des injections de sérum de sang paternel chez l'un de ces malades. Nous avons déjà relaté le résultat excellent qui fut obtenu dans un cas très grave, chez l'un de nos malades, par des injections intraveineuses de chlorure de calcium.

II. — FORMES PULMONAIRES

Ainsi que l'a fait remarquer Hayat dans son article « Melitococcie et Tuberculose » « le melitensis n'aime pas le poumon ». Sans doute, note-t-on couramment, au début de cette maladie, la présence de râles humides, disséminés, de bronchite discrète, syndrome pulmonaire très banal au cours de la plupart des maladies infectieuses; mais les complications pulmonaires véritables sont rares, qui viennent troubler la marche de l'affection.

Aussi, parlerons-nous dans ce chapitre de l'apparition de signes pulmonaires qui, survenant au cours de l'évolution d'une F. M. par la gravité de leur caractère, par leur tenacité ou leur localisation, soit à une base, soit même à

un sommet, font presque imposer le diagnostic de T. P. Plus que dans les autres maladies infectieuses, l'amaigrissement extrême du malade, les sueurs nocturnes, la température oscillante, l'asthénie font penser à la possibilité d'une bacillose et l'apparition de signes pulmonaires, mêmes banaux, semblent devoir rendre ce diagnostic évident.

Suivant la nature des signes d'auscultation et l'allure générale de la maladie, le syndrome pulmonaire peut présenter le masque clinique ou

de la **granulie** ;

ou de la T. **ulcéro-caséuse évolutive**.

Dans un premier ordre de faits les malades présentent, depuis quinze, vingt jours, une température élevée, en plateau le plus souvent, quelques légers signes gastro-intestinaux, une grosse rate, une prostration marquée. Un séro-diagnostic pratiqué après le dixième jour pour le T. A. B. M., aura tranché les hésitations du médecin entre une affection typhique et une F. M.

Une intradermo-réaction de Burnet nettement positive, des sueurs profuses, quelques arthralgies auront confirmé le diagnostic. Le médecin ne doute plus d'une fièvre de Malte. Mais voici qu'un changement imprévu dans le tableau clinique et l'état des malades vient jeter le trouble dans son esprit, qui le porte à rejeter son diagnostic.

La température qui s'était maintenue en plateau de-

vient irrégulière, présentant de grandes oscillations, s'abaissant le matin à $37^{\circ} 5'$ et atteignant le soir $39^{\circ} 5'$, 40° , présentant le type hectique. Les malades toussent, rejettent quelques crachats muqueux, ont même quelques hémoptysies, ils présentent une forte dyspnée, de la cyanose, leur pouls est rapide, atteignant cent pulsations au plus à la minute. Ils sont très amaigris, couverts de sueurs, ont une grosse rate. A l'examen pulmonaire, on ne trouve aucune zone de matité, aucun foyer d'hépatisation massive ou caverneuse. On perçoit simplement des foyers discrets de râles crépitants fins ou des signes mobiles et fugaces représentés par des râles sibilants, ronflants, crépitants, quelquefois de la rudesse respiratoire.

Ces malades ont tout l'aspect des granuleux. Comme il est malheureusement assez rare de déceler par une hémoculture la présence du *Melitensis* dans l'organisme, le médecin se demande s'il doit tenir compte des résultats que lui ont donnés le séro-diagnostic et même l'intradermo-réaction, méthodes indirectes de laboratoire. Son malade a-t-il une F. M. ou une granulie pulmonaire ? La tuberculose vient-elle compliquer l'évolution de la fièvre de Malte ? On conçoit quelle est sa perplexité.

Naturellement, il fait faire un nouveau séro-diagnostic qui revient fortement positif. L'intradermo-réaction est toujours nette. Par contre, la recherche des bacilles de Koch est constamment négative. La radioscopie pulmo-

naire ne montre pas de lésions. Cependant l'état général des malades reste toujours grave, leur dyspnée et leur cyanose persistent, leur pouls est rapide, leur température irrégulière, leur amaigrissement considérable. Ils toussent, les signes pulmonaires persistent, quelquefois une légère réaction pleurale apparaît. Le médecin n'hésite plus, ses malades sont condamnés à brève échéance.

Cependant, après deux, trois semaines, l'état de ces malades s'améliore, leur température perd son allure irrégulière, devient ondulante ou s'abaisse ; la dyspnée, la cyanose disparaissent. La toux est moins fréquente, les signes pulmonaires s'atténuent, des douleurs articulaires nettes apparaissent et la maladie reprend son cours normal.

Plus souvent le syndrome pulmonaire, au cours d'une F. M., présente l'allure d'une tuberculose évolutive banale. Sfez rapporte quatre observations, que nous reproduisons plus loin, dans lesquelles les malades présentèrent à une base de la submatité, de l'augmentation des vibrations et du retentissement de la voix et de la toux ainsi que des râles humides fins. Ces malades toussaient, l'un d'eux eut une hémoptysie. Amaigris, couverts de sueurs, ils avaient l'aspect clinique de bacillaires, les recherches du bacille de Koch restèrent négatives, il fut impossible de trouver le pneumocoque. Cet état persista plus d'un mois chez les malades, tel que le diagnostic ferme de la tuberculose put être porté. Ces malades guérirent. On connaît

actuellement la fréquence du début de la T. P. à la base ou au niveau des scissures. Quand les signes d'auscultation sont limités à un sommet, il est presque fatal d'incriminer la tuberculose.

Dans quelques rares cas, comme celui que nous rapportons (voir observation n° XXI), le diagnostic reste long temps en suspens entre une tuberculose et une F. M.

Cette malade présentait, à son entrée dans le service, un amaigrissement considérable, se plaignait de ressentir depuis un mois de fréquentes céphalées, des frissons survenant le soir, toussait et crachait un peu.

On notait à l'examen pulmonaire une rudesse respiratoire de la fosse sus-épineuse droite avec léger retentissement de la voix et de la toux. La rate était grosse. La température, les jours suivants, atteignit, le soir, 38° et 39°, la toux persistait, suivie d'une expectoration peu abondante.

Un examen de crachats par la recherche du B. K. fut fait, qui fut négatif. Une intradermo-réaction, faite quelques jours après, car l'attention avait été attirée sur la F. M. par la profusion des sueurs, fut nettement positive, mais une séro-agglutination pratiquée à l'Institut Pasteur, fut nulle par le melitensis. Toutefois le diagnostic de fièvre de Malte fut maintenu.

Mais les jours suivants, la toux et l'expectoration augmentent. Au cours d'un nouvel examen pulmonaire, on note à l'auscultation de la fosse sus-épineuse droite

quelques craquements fins qui surviennent à la toux. Cette zone est submatte et présente du retentissement de la voix et de la toux.

Le diagnostic de T. P. semble s'imposer. Un nouvel examen de crachats est fait, qui est négatif. Une deuxième intradermo-réaction est encore nettement positive. A l'examen radioscopique, les poumons sont clairs, les sommets s'illuminent à la toux, le diaphragme est mobile.

D'ailleurs, les signes pulmonaires disparaissent. Une troisième intradermo-réaction est toujours positive. Une nouvelle séro-agglutination est cette fois positive à 1/200 pour le *melitensis*. Des douleurs articulaires apparaissent, qui viennent signer la maladie.

Notre malade sortit très améliorée, nous l'avons revue, plusieurs mois après, complètement guérie.

Ainsi, le tableau clinique que présentent ces malades est absolument le même que celui des bacillaires. Comme eux, ils sont amaigris, présentent des sueurs nocturnes, sont fébriles, ressentent une grande lassitude; comme eux, dans ces formes, ils toussent, crachent, ont des hémoptysies. Comme eux, ils présentent à l'auscultation de la submatité à la percussion, des râles humides fins à un sommet, ou dans les formes graves ont l'aspect et les signes des *granuliques*.

Comment reconnaître ces formes ? Comment les rap-

porter à leur véritable cause? Quel pronostic faut-il leur accorder ?

Il est un fait incontestable. Avant les travaux de Bruce, ces formes pulmonaires de la F. M. étaient inévitablement prises pour des tuberculoses à marche rapide. C'est ce qui explique les cures merveilleuses qu'opéra autrefois la côte d'Azur, où toujours a régné, à l'état endémique, la *melitococcie*.

Sfiez a résumé leurs principaux caractères. Ces syndromes pulmonaires n'apparaissent jamais au début d'une fièvre méditerranéenne, mais après un ou deux mois. Le diagnostic a été alors établi, le plus souvent, d'une façon ferme, soit par une onde typique, soit par des examens de laboratoire, et c'est sur une exacte interprétation du résultat de ces examens que le médecin doit établir son diagnostic :

Il ne doit admettre qu'un séro-diagnostic dont le taux atteint au minimum $1/200$. Dans la tuberculose, il est possible d'avoir des réactions de séro-agglutination, mais celles-ci sont faibles, ne dépassant pas le taux de $1/50$.

L'intradermo-réaction toujours positive dans la F. M. fait constamment défaut dans la T. P.

Dans les formes à évolution rapide de la T. P., les bacilles de Koch pullulent dans les crachats ; ici, ils font constamment défaut.

Les lésions radioscopiques manquent ou sont passagères.

Enfin, l'évolution de la maladie permettra un diagnostic rétrospectif. Conseil cite le cas d'une malade qu'il crut atteinte de granulie et se maintient depuis dix-huit ans en parfaite santé.

Ces complications pulmonaires relèvent-elles du melitensis ou d'un microbe associé ?

Il semble que peu d'auteurs se soient attachés à résoudre cette question. Cependant, Sfez, ayant recherché dans quatre observations la présence du pneumocoque, si fréquent dans les maladies infectieuses, ne l'a pas trouvé. Par contre, Fiorentini a décelé plusieurs fois l'existence du micrococcus dans les crachats.

Malgré leur gravité, il ne semble pas que ces complications pulmonaires aggravent le pronostic. Tous les cas que nous connaissons ont guéri, aussi rapidement que les cas sans complications.

III. — FORMES DOULOUREUSES

Nombreux sont les phénomènes douloureux, d'intensité variable, passagers ou durables, qui peuvent se succéder au cours de l'évolution normale d'une mélitococcie.

Aussi, dans l'article qu'il a consacré à cette infection dans le traité de *Pathologie médicale et Thérapeutique*

appliquée de Sergent (Maloine 1921) Roger, de Marseille, a-t-il pu écrire : « Nous n'avons pas hésité à faire rentrer « les douleurs tenaces » à côté des sueurs abondantes et de la longue évolution fébrile par poussées comme une des caractéristiques habituelles de l'infection due au *melitensis* ».

Sans doute, au début des formes sévères, la céphalée frontale ou occipitale, la rachialgie parfois si violente, les douleurs diffuses des membres passent-elles inaperçues ; ce sont symptômes banaux à la période d'invasion des infections graves, masquées par la température très élevée et la prostration marquée qui sont les signes prédominants, effaçant tous les autres. Par contre, au début des formes frustes, ces phénomènes douloureux, par leur intensité, leur tenacité, forment avec l'asthénie, les sueurs profuses et la température prolongée un ensemble symptomatique propre à cette forme de *melitococcie*.

Plus tard, soit à la fin de la première, soit au cours d'une deuxième ou d'une onde ultérieure, apparaissent les douleurs articulaires qui, avec la forme ondulante de la courbe thermique, viennent signer la maladie. « Ces arthrites, dit Roger, évoluent habituellement suivant le type aigu, soit sous forme d'arthralgies simples très douloureuses soit plus rarement sous celle d'arthrite sinueuse avec gonflement articulaire sans rougeur ni chaleur. Il est rare de

voir ces arthrites devenir plastiques et ankylosantes ou passer à la suppuration ».

Cantaloube a signalé la fréquence de l'arthrite sacro iliaque, particulièrement douloureuse, faisant « pleurer des individus dont les traits énergiques fuient étrangement avec les larmes ». Roger a décrit les spondylites melitococciques, dans lesquelles la douleur lombaire peut être extrême, et qui forme, avec la raideur vertébrale, le symptôme capital de cette localisation.

A la période de convalescence, les sujets atteints de melitococcie gardent pendant de longs mois des douleurs articulaires. C'est à cette phase de la maladie qu'apparaissent quelquefois une orchio-épididymite très douloureuse, plus souvent des névralgies rebelles, pénibles, des trijumeaux, des sciatiques.

Il n'est pas dans nos intentions de nous étendre ici sur les complications nerveuses de la fièvre de Malte, cette digression dépasserait le cadre de ce travail. Nous signalerons seulement le rapport de Lévy et Uzan au Congrès Médical de Tunis sur « la réaction méningée au cours de la fièvre méditerranéenne ». Vedel, Puech, Falgairolle, à la Société médicale des hôpitaux de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, ont cité plusieurs observations de melitococcie avec polynévrites. L'une d'elles était une forme sensitivo-motrice avec prédominance des troubles de la sensibilité atteignant les membres inférieurs et réalisant un

joli type de pseudo-tabès polynévritique: douleurs violentes, abolition des reflexes, démarche ataxique par troubles profonds de la sensibilité objective. (Séance du 18 juin 1926). Dans une séance antérieure, ils avaient relaté un cas mortel présentant tous les symptômes d'une paralysie ascendante de Landry.

Ces phénomènes douloureux sont, nous l'avons déjà dit, d'observation courante au cours de la melitococcie, symptômes normaux ou complications véritables survenant pendant l'évolution de la maladie qui avait gardé jusqu'alors une allure habituelle. Nous voulons rapporter ici l'observation de deux malades atteints de melitococcie, affirmée et par un séro-diagnostic positif au 1/200, et par une intradermo-réaction de Burnet. Chez ces malades, les phénomènes douloureux, très pénibles, apparurent dès les premiers jours de la maladie, qui par leur intensité effaçaient tous les autres signes de la fièvre méditerranéenne et firent égarer le diagnostic.

L'un de nos deux malades, israélite, âgée de vingt ans, sujette à des crises comitiales, entra dans le service pour des douleurs épigastriques très violentes apparues depuis vingt jours. La température pendant quinze jours oscilla entre 37° 5' et 38°, n'attirant pas l'attention. L'examen fut négatif. La rate n'était pas perceptible à la palpation. La malade était asthénique, mais n'avait ni sueurs nocturnes, ni asthralgies. Les douleurs épigastriques

étaient intolérables, arrachant des cris à la malade, continues, sans paroxysme. Ces douleurs ne s'accompagnaient pas de vomissements, ne semblaient pas apparaître suivant un rythme établi par l'horaire des repas. La malade n'accusait aucun passé gastrique et n'avait jamais eu d'hématénèse. A la palpation, on éveillait une douleur atroce au niveau du plexus solaire et une réaction de défense musculaire. Un tubage d'estomac après repas d'épreuve ne fit pas déceler de stase alimentaire. La radiographie et la radioscopie montrèrent un estomac normal, se contractant normalement et n'ayant aucun retard dans l'évacuation des aliments. L'absence de tout signe objectif, les antécédents chargés de la malade firent que l'on fut enclin à traiter la malade d'hystérique.

Cependant la malade souffrait toujours, puis la température apparut, atteignant 39° . La malade était très asthénique, très amaigrie, se plaignant de sueurs nocturnes. Ce fut alors que l'on pensa à la melitococcie. Un séro-diagnostic fut positif au $1/200$. L'intradermo-réaction de Burnet provoqua un œdème localisé avec bourrelet et de l'empâttement. Un traitement vaccinothérapique fut institué par voie intraveineuse. Dès la deuxième piquûre ses douleurs disparurent comme par enchantement. La température persista encore quelque temps, oscillante, et la malade entra en convalescence.

Le deuxième malade, musulman, entra dans le service

avec de vives douleurs au niveau des membres inférieurs et une température au-dessus de 39°. Le sujet se plaignait de douleurs continues et très pénibles sur tout le trajet des nerfs sciatiques droit et gauche, sans paroxysmes éveillés par la marche, le froid.

A l'examen, le malade présentait une sciatique double funiculaire. Comme l'a écrit le professeur Roger de Marseille, bien que chez notre sujet la percussion de la colonne vertébrale n'eût pas éveillé une douleur localisée. « On doit rapporter à l'irritation des funiculi la contraction des masses sacro-lombaires et surtout les irritations douloureuses aux fesses, aux régions unguinales, aux sciatiques. L'exploration par la pression des points de Valters ou la manœuvre de Lasègue sont douloureuses, souvent plus d'un côté que de l'autre, même quand le malade n'accuse pas d'irradiation spontanée suivant ces trajets nerveux. Nous n'avons pas constaté de zone d'anesthésie ou d'hypoesthésie ».

Notre malade présentait les signes décrits par Roger. Les réflexes rotuliens étaient peut-être un peu vifs. Les réflexes achilléens étaient abolis. Les réflexes plantaires étaient indifférents. Le malade n'avait aucun signe de tabès.

Ainsi l'on se trouvait devant un malade présentant une sciatique double et de la fièvre. Quelle était l'étiologie de cette sciatique vraisemblablement infectieuse ? Le malade avait eu le paludisme et la syphilis.

Les sueurs profuses, anormales et l'asthénie firent penser à la mélitococcie. Un séro-diagnostic au 1/200 et une intradermo-réaction de Burnet concluante confirmèrent ce diagnostic. Malheureusement le malade exigea sa sortie les jours suivants sans que l'on ait pu faire une radiographie de la colonne vertébrale et une ponction lombaire. La fièvre et les douleurs persistaient et nous ne savons pas comment la maladie évolua.

OBSERVATIONS

I

Formes Frustes

OBSERVATION N° 1

(MASSELOT ET VINCENT. *Revue Tunisienne des Sciences Médicales*. Mai 1923).

Il s'agit d'un sujet venu à pied à l'hôpital, apyrétique à ce moment et se plaignant de symptômes vagues : faiblesse générale, sueurs nocturnes, amaigrissement, céphalées et crampes musculaires. Cet état dure depuis un mois.

Le malade est originaire de Corse où il a vécu longtemps, on ne relève rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Personnellement : il a eu à douze ans une bronchite guérie après un mois de traitement ; il n'a jamais toussé depuis lors d'une façon habituelle. Il nie l'éthylisme et la syphilis.

En janvier-mars 1921, le sujet a fait à l'Hôpital civil Français, un séjour d'un mois ; il présentait alors des signes extrêmement discrets du sommet droit : rudesse du murmure vésiculaire, léger voile à la radioscopie. L'état général n'était pas sérieusement atteint. La bacilloscopie était négative et la température atteignait rarement 38°. A la sortie, tout était rentré dans l'ordre.

Au début de décembre 1922, les premiers symptômes de l'affection actuelle commencent à attirer l'attention

du malade : lassitude, sueurs, céphalée, impression de malaise. Le 22 décembre 1922, il entre dans le service.

L'examen est à peu près négatif, pourtant les symptômes accusés sont tels qu'on garde le sujet en observation pendant près de deux mois.

D'ailleurs, le malade était porteur d'un bubon inguinal consécutif à une ulcération du fourreau apparue cinq jours après un coït suspect. Il s'agissait d'un chancre simple, l'examen clinique, microscopique et ultérieurement sérologique étant négatif au point de vue syphilis.

Le malade quitte le service le 6 février guéri de son bubon, mais se plaignant toujours de faiblesse et de sueurs. Douze jours plus tard, après avoir tenté de reprendre son service, il doit se faire hospitaliser à nouveau.

À l'entrée, on est en présence d'un jeune homme assez bien constitué, peu amaigri, le teint est coloré, la température, le plus souvent normale, atteint de temps en temps 38°, elle est mal supportée.

Les sueurs constituent le signe fonctionnel capital. Elles sont abondantes, se produisant aussi bien le jour que la nuit : elles obligent assez souvent le malade à se changer de linge. En outre, sans souffrir d'une façon précise, le sujet se sent faible, le moindre effort l'oblige à regagner son lit. Il ressent de plus, de temps en temps, des douleurs « sourdes », vagues, erratiques au niveau des membres et des articulations : c'est moins une douleur qu'une impression de courbature et cette impression pénible s'exagère par la marche.

Enfin, il souffre chaque jour de céphalées diffuses peu intenses. L'appétit est faible, les digestions lentes et pénibles, il est constipé depuis le début de la maladie.

L'examen du tube digestif est négatif, en particulier, le foie et la rate sont normaux.

Au point de vue pulmonaire, on ne note pas de signes

fonctionnels. Le sujet ne tousse pas, ne crache pas. A l'examen, on ne constate rien en dehors d'une légère submatité du sommet droit en arrière et de discrètes modifications du murmure vésiculaire. La radioscopie thoracique est normale. Le cœur est normal, la tension artérielle est de 13/8 au Pachon. L'examen du système nerveux est également négatif. Il n'y a ni sucre, ni albumine, dans les urines.

La séro-réaction T. A. B. mélitensis est négative.

L'intradermo-réaction de Burnet, pratiquée à quatre reprises différentes, avec des filtrats d'âges différents, en contrôlant l'injection au moyen d'une intradermo témoin au bouillon simple, est chaque fois positive.

En somme, ce malade est atteint, depuis quatre mois, d'une affection torpide caractérisée par de la faiblesse générale, des sueurs, des céphalées, de la constipation et des douleurs dans les membres. Tout examen physique est négatif chez lui, alors que la température est très légèrement au-dessus de la normale, et que l'intradermo-réaction de Burnet est positive.

Le malade nous déclare qu'il a l'habitude, depuis son arrivée à Tunis, d'absorber plusieurs fois par jour du lait de chèvre cru.

OBSERVATION N° 2

Observation du Docteur ORTONA.

K... Salvatore, âgé de 24 ans, entré à l'hôpital italien le 15 août 1924.

Ne présente aucun antécédent héréditaire. Dans ses antécédents personnels, on note : à douze ans, une bronchite qui dura un mois ; à quatorze ans, une légère hémoptysie, qui ne se répéta pas ; à vingt et un ans, une blennorragie devenue chronique. Il nie la syphilis et l'éthylisme.

Le début de la maladie actuelle remonte à trois mois. Pendant quelques jours seulement le sujet eut une forte asthénie, de la courbature et une température qui atteignit 39° , mais redescendit rapidement à la normale. Le malade reprit ses occupations. Mais, chaque jour, épuisé, il avait une céphalée violente, des vertiges, des vomissements fréquents, parfois une légère ascension fébrile à 38° . En trois mois, il perdit quinze kilogs (soixante-quatre kilogs, quarante-neuf kilogs). Au cours d'un examen systématique, un séro-diagnostic fut positif à 1/200 pour le mélitensis. C'est pourquoi le malade entra à l'hôpital.

À son entrée, le malade est amaigri, pâle, présentant un degré marqué d'anémie, n'a pas de sueurs nocturnes. L'examen clinique est négatif. Le cœur, le système nerveux, l'appareil digestif sont normaux. . On note toutefois un léger souffle expiratoire au niveau de la fosse sous-épineuse gauche, et une tachycardie permanente : 128 pulsations à la minute.

La radioscopie pulmonaire est négative. Les sommets sont clairs, les sinus costo-diaphragmatiques sont libres.

On ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats. Deux séro-diagnostic faits à quelques jours d'intervalles sont positifs à 1/200 pour le melitensis.

L'intradermo-réaction de Burnet est positive. Au cours de son hospitalisation, le malade accuse des douleurs assez vives aux mollets.

Le malade est traité par la vaccinothérapie intramusculaire qui provoque une réaction fébrile passagère à $38^{\circ} 5'$. La température revient rapidement à 37° . Le malade sort amélioré le 15 septembre.

OBSERVATION N° 3

B... Georgine, âgée de vingt-quatre ans, entrée à l'Hôpital civil le 30 mai 1925.

Depuis huit jours, le malade se plaint d'avoir quelques frissons, peu intenses, des sueurs nocturnes abondantes qui apparaissent vers une heure du matin et sont localisées au thorax.

Elle ressent une lassitude légère, mais l'état général est satisfaisant : l'appétit est conservé, la malade n'a pas de céphalée, d'algies et n'a pas interrompu ses occupations jusqu'à ce jour.

Elle ne présente aucun antécédent pathologique personnel. Elle a trois frères et une sœur qui sont en bonne santé. Deux autres sont morts, l'un albuminurique, l'autre d'une affection pulmonaire indéterminée.

L'examen clinique montre : pour l'appareil digestif une langue saburrale, un peu sèche. Le foie dépasse le rebord costal d'un travers de doigt.

La rate est percutable sur huit centimètres environ. Le pôle inférieur est accessible à la palpation profonde. La tension artérielle prise au vague est de 12,5/7. Le pouls est bien frappé : 96 pulsations à la minute.

Le poumon et le système nerveux ne présentent aucune modification intéressante.

Pendant son hospitalisation, la malade a une température au-dessus de 38° pendant cinq jours, puis celle-ci oscille entre 37° et 38° présentant un maximum vespéral.

Albuminurie légère, 0,10 ctgr., dépôts phosphatiques urinaires abondants.

Séro-diagnostic pour le melitensis positif à 1/200. Intradermo-réaction de Burnet, positive. La malade sort le 16 juin, apyrétique, très améliorée.

OBSERVATION N° 4

(Docteur SFEZ).

ASSOUS J., 21 ans, israélite, bijoutier, vu le 7 mai 1926.

Eut toujours une excellente santé. On ne relève dans ses antécédents qu'une bronchite bénigne à l'âge de quatorze ans.

L'état général commença à décliner, il y a un an. Le malade avait quelques frissons le soir, des sueurs nocturnes, peu abondantes, de l'inappétence et une diminution progressive des forces qui, toutefois, ne l'empêchait pas de travailler. Mais rapidement apparut une céphalée pénible frontale et surtout occipitale, survenant souvent dès le matin. Un médecin qu'il alla consulter fit, aux dires du malade, de nombreux examens : tension artérielle, albuminurie, Wassermann. Toutes ces recherches furent négatives. La température du malade ne dépassait pas 38° le soir.

Cependant, l'asthénie du malade augmentait. La céphalée devint quotidienne, prenant le type de migraine ophthalmique, avec douleurs oculaires, troubles de la vue, rougeur de la face, larmoiement, vomissements, rebelle à tous les médicaments. L'état général s'aggrava : anorexie absolue, amaigrissement rapide, faiblesse extrême. La température, prise matin et soir, ne dépassait pas 37° 5', 38°.

A la fin du mois d'avril, toutefois, le malade eut pendant une dizaine de jours de la fièvre qui se maintint à 39°, avec de la toux, une expectoration maqueuse peu abondante, des râles humides disséminés sur la hauteur des deux poumons. Le début insidieux de la maladie, l'anorexie, l'amaigrissement marqué, l'état subfébrile du malade, les sueurs nocturnes, les signes d'auscultation pulmonaire, firent penser sérieusement à la tuberculose pulmonaire.

Une radiographie des poumons fut faite, qui fut négative, ne montrant qu'une région hilare dense avec quelques ganglions calcifiés.

La recherche des bacilles de Koch dans les crachats fut négative. La toux disparut rapidement, la température revint à 37°, en même temps qu'apparurent des arthralgies aux **genoux**.

Ces douleurs articulaires firent penser à la fièvre méditerranéenne. Un séro-diagnostic pour le melitensis fut positif à 1/200. L'intradermo-réaction de Burnet fut nettement **positive**.

Le 7 mai, quand nous vîmes le malade, celui-ci était apyrétique, très affaibli, très amaigri, ayant perdu près de vingt kilogs en quelques mois. La céphalée avait complètement disparu après quelques injections de vaccin intramusculaire.

À l'examen, les poumons, le cœur et le système nerveux ne présentaient pas d'anomalie. Le foie n'était pas hypertrophié, la rate était aisément percutable, débordant d'un travers de doigt environ le rebord costal, la langue était humide, légèrement saburrale.

Bien qu'encore très affaibli, le malade déclarait qu'il ressentait une grande amélioration depuis qu'il était traité par la vaccinothérapie.

Il est à noter que le malade buvait parfois du lait de chèvre non bouilli et que l'un de ses frères avait été atteint, il y a quelques années, de fièvre méditerranéenne.

OBSERVATION N° 5

(Observation du Docteur SFEZ).

S... Clément, 27 ans, israélite, menuisier-ébéniste, vu le 17 mai.

Déclare qu'il a toujours été robuste, et qu'à treize ans

seulement il eut une maladie fébrile qui dura trois mois et qu'il est impossible de préciser. Il nie la syphilis et l'éthylisme. Il ne buvait pas de lait de chèvre, ni ne consommait de fromage de chèvre avant sa maladie, mais dans son entourage, plusieurs personnes seraient actuellement atteintes de fièvre méditerranéenne.

Le début de la maladie actuelle remonte à deux mois. Le début progressif par une asthénie rapide, frissons le soir, suivis d'une sensation de forte chaleur, de sueurs nocturnes localisées au cuir chevelu. La température, prise chaque jour, était à 37° le matin et montait le soir à 39° et 40°, prenant la forme d'accès fébriles. Elle se maintint ainsi pendant un mois, puis quelques arthralgies apparurent, très fugaces, et avec elles la température descendit à 37° et s'y est toujours maintenue depuis.

Le malade a reçu six injections de vaccin intramusculaire, son état général s'améliore depuis vingt jours. Les sueurs ont disparu, l'appétit et les forces sont revenus.

Le 17 mai, le malade était encore amaigri, ayant perdu plus de dix kilogs. L'examen somatique était négatif. On notait toutefois une rate qui, si elle n'était pas palpable, était faiblement percevable, de la tachycardie au repos : 100 pulsations à la minute, bien que la tension artérielle prise au vaguez : 13/8, fût à peu près normale.

Séro-diagnostic pour le M. positif à 1/200.

OBSERVATION N° 6

A... Alphonse, âgé de quatorze ans, entré dans le service du docteur Gérard, le 20 mars 1924, n'a aucun antécédent personnel, boit habituellement du lait de chèvre, non bouilli.

Depuis deux mois, le malade ressent de la lassitude, des maux de tête fréquents. Il a quelques frissons le soir,

suivis d'une légère ascension thermique qui ne dépasse pas 38°, de l'insomnie et des sueurs nocturnes. Depuis quelques jours seulement, il se plaint de douleurs articulaires erratiques. Il se plaint d'alternatives de diarrhée et de constipation.

L'examen, à son entrée à l'hôpital, est négatif. Les divers appareils sont normaux. On note seulement une rate qui est perceptible. Une radioscopie pulmonaire ne révèle aucune lésion.

Deux intradermo-réactions, faites à quelques jours d'intervalle, sont nettement positives.

La température rectale, prise matin et soir, ne dépasse pas 37° 8'.

OBSERVATION N° 7

(NOËL FIESSINGER ET GASTON BLUM. — *Société Médicale des Hôpitaux*. Séance du 23 juin 1922).

Les antécédents héréditaires ou familiaux n'offrent rien d'intéressant à signaler.

Le malade a toujours été fort, vigoureux, bien portant. Durant l'hiver 1915-16, il subit une intoxication oxy-carbonée.

Au début de cette année, il fut pris, de façon progressive, de fatigue générale, de lassitude avec douleurs articulaires, céphalée, tous symptômes attribués au surmenage de la fin de l'année précédente, et auxquels le malade ne prêta pas d'abord attention.

Cette fatigue, cette dépression s'accroissent de plus en plus, et vers mi-janvier, s'y ajoutent des signes d'infection naso-pharyngée: picotements avec sensation de chaleur pharyngée, enchyphrèment nasal, écoulement mucopurulent, signes qui s'accompagnent de céphalée persis-

tante et d'un peu de fièvre, passagère d'ailleurs : 38° environ pendant deux jours.

Ces troubles durent une quinzaine de jours, mais, de plus, un symptôme apparaît, qui, par son acuité, passe rapidement au premier plan : c'est une otalgie vive, dont la violence même et la persistance conduisent à pratiquer le parentèse du tympan, le 30 janvier 1922. Celle-ci n'est suivie d'aucun écoulement de l'oreille et de peu ou pas d'amélioration des douleurs.

Toutefois, peu à peu, les symptômes observés rétro-cèdent, mais la courbature, la dépression persistent, la céphalée et l'otalgie reparaissent de façon intermittente, et de l'insomnie augmente encore la fatigue du malade. Il n'y a ni fièvre, ni sueurs, ni amaigrissement notable. Le faciès est légèrement altéré.

On attribue ces signes à une poussée grippale et on lui conseille un voyage dans le midi, il y part le 10 mars 1922 ; deux jours après son arrivée, déjà, tout semble pour le mieux, tous les troubles ont disparu, la santé est en apparence parfaite. Le malade fait de nombreuses excursions, et, le 26 mars, il revient à Paris complètement guéri, semble-t-il.

Durant son séjour sur la côte d'Azur, il a bu de l'eau (eau de source, eau de rivière) et du café au lait.

Le lendemain de sa rentrée à Paris, le dimanche 27 mars, brusquement dans l'après-midi, survient une poussée fébrile avec élévation de température à 39° 1', sensation de chaleur, sans frissonnement préalable, et qui dure jusque vers le soir, accompagnée d'un malaise profond, indéfinissable, et d'un sentiment de dépression, d'inquiétude. Des sueurs profuses terminent cet accès fébrile.

La fièvre, qui avait baissé le lendemain matin, s'élève à nouveau dans l'après-midi à 39°, en même temps que surviennent des douleurs articulaires et de la céphalée occi-

pitale violente avec sensation de constriction, de serrement très douloureux de la nuque. Les fonctions digestives restent normales.

il existe de la polyurie claire, sans albumine dans les urines. La température s'abaisse les jours suivants, et, le quatrième jour après le début, elle est revenue sensiblement à la normale.

Durant cet accès, malgré la fièvre, les douleurs, la lassitude, le malade a continué à vaquer à ses occupations habituelles, et nous verrons que, dans la suite, aussi bien pendant les périodes fébriles que dans leur intervalle, les troubles, malgré leur intensité parfois, n'empêcheront point le malade d'occuper son poste d'économe de l'hôpital.

Dans la suite, en effet, périodiquement, vont se produire, tous les sept jours au début, puis tous les six et cinq jours, de nouvelles poussées fébriles.

Chacune d'elles est précédée d'une sensation particulière de malaise indéfinissable, d'inquiétude, avec picotements pharyngo-laryngés, toux sèche, quinteuse, sans expectoration, bâillements parfois. Des frissonnements précèdent l'élévation thermique qui se fait brusquement et monte jusque vers 39° . Une céphalée vive l'accompagne, céphalée frontale et occipitale, avec névralgies de topographie variable, dans la nuque, au niveau des membres, douleurs articulaires et même testiculaires.

L'anorexie est totale sans que les autres fonctions digestives soient troublées. La langue est normale, il n'y a ni nausées, ni vomissements.

La défervescence brusque est accompagnée de sueurs profuses ayant nécessité une fois la prescription d'azarie blanc, de polyurie, et ces phénomènes critiques accentuent le malaise, la fatigue et la dépression du malade.

A l'examen somatique, on ne trouve rien de particulier. Poumons et cœur normaux, urines normales, simple-

ment hautes en couleur durant la période fébrile, sans albumine ni sucre : foie normal, pas de points douloureux abdominaux. La rate est percutable sur une hauteur de dix centimètres le 5 avril 1922 et diminue à neuf centimètres le 7, à sept centimètres le 11, à six centimètres le 26, pour être normale le 21 mai.

Dans l'intervalle des périodes fébriles, la température est normale, le pouls est à 70-80; il persiste de la fatigue, de la céphalée, de la dépression psychique avec parfois de véritables accès de découragement, de désespoir. Les sueurs continuent, la rate reste un peu grosse. Les fonctions digestives sont normales. Le malade continue d'ailleurs à se lever et à travailler comme d'habitude, aussi bien durant les poussées fébriles que durant les périodes intercalaires.

Peu à peu les poussées fébriles diminuent d'intensité, surtout après qu'une injection de vaccin eût été faite, le 13 avril 1922.

La poussée du 18 avril n'atteint pas 39°, celle du 26 n'atteint pas 38°, ainsi que celle du 4 mai. Quant à celle du 12 mai, elle n'est indiquée que par une température de 37° 2', mais elle s'accompagne du cortège habituel des signes fonctionnels caractéristiques des poussées précédentes.

Nous noterons en outre qu'à partir de la première injection de vaccin, à chaque poussée fébrile correspondit une poussée fluxionnaire au niveau de la piqûre avec gonflement, rougeur, douleur, chaleur locale.

Un peu d'amaigrissement accompagna cette évolution morbide; le poids du malade, qui était de 70 kilogr. le 2 avril, tomba à 67 kilogr. 500 le 21, pour remonter à 70 kilogr. le 5 mai. La pesée pratiquée le 24 mai indique une nouvelle chute à 67 kilogr.

Au point de vue des examens de laboratoire, l'hémoculture fut négative à deux reprises. La séro-agglutination

au micrococcus melitensis, le 12 avril, se montra positive au 1/1.200, et c'est à la suite de cette séro-agglutination positive que la vaccinothérapie fut décidée.

Le 26 avril, la séro-agglutination se montre positive à nouveau au 1/2.000 et 1/4.000 avec du sérum chauffé à 56°.

L'examen du sang montre :

Le 12 avril 1922 : hémoglobine au Tallqvist, 90 %; globules rouges : 3.400.000; blancs 6.400; formule leucocytaire : 69 polynucléaires; 3 lymphocytes, 27 mononucléaires, 1 éosinophile.

Le 11 mai : hémoglobine au Tallqvist, 80 %; globules rouges : 3.350.000; blancs 5.000; formule leucocytaire : 70 polynucléaires, 8 lymphocytes, 18 mononucléaires, 4 éosinophiles.

II

Formes Graves

OBSERVATION N° 8

Z..... Jacob, Israélite, âgé de 18 ans, boxeur. — Entré à l'H. C. F. le 26 avril 1924.

Il déclara que, le 18 avril, il fut pris d'une syncope pendant les Courses, en pleine santé apparente. Les jours suivants, il ne ressentit qu'une grande lassitude, quelques frissons et une céphalée pénible. Le 24 avril, il eut une nouvelle syncope pendant un effort de défécation. Un médecin fut appelé, qui prit la température : celle-ci était montée à 39° 5'. Il fut envoyé à l'Hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

De forte constitution, le sujet n'a pas eu de maladie

antérieure et se défend d'être syphilitique et alcoolique. Depuis près d'un an il a de fréquentes céphalées.

A son entrée, le malade est très prostré, inerte sur son lit, semblant faire un grand effort pour répondre aux questions qui lui sont posées. Son visage est très altéré, couvert, ainsi que les autres parties du corps, de grosses gouttes de sueurs. Il se plaint d'une céphalée frontale pénible et de douleurs épigastriques très vives.

La diarrhée, les vomissements, les épistaxis, la toux font défaut.

L'examen des divers appareils décèle peu de choses : la langue est couverte d'un enduit blanchâtre très épais, la pointe et les bords sont rouges. Les piliers du voile du palais ne présentent pas d'ulcérations de Duguet.

L'abdomen est souple, se laissant facilement déprimer, non météorisé, sans points douloureux vésiculaires ou appendiculaires. Au niveau de la fosse iliaque droite, la palpation éveille un gargouillement net. On ne note pas de taches rosées, lenticulaires, sur la paroi abdominale.

Le foie est normal. La rate est perceptible et dépasse légèrement le rebord costal, non douloureuse.

Aux poumons, la respiration est rude sur toute leur étendue, sans bruits adventices.

Les bruits du cœur sont bien frappés, mais lents. On note une bradycardie marquée, en complet désaccord avec la température : on ne compte que 56 pulsations radiales à la minute. La tension artérielle prise au Vaquez est basse. La maxima est de 11 ets Hg, la minima de 7.

Les réflexes oculaires, tendineux et cutanés sont normaux. La température est, le jour de l'entrée, de 30°. Les urines sont rares : 600 cc., foncées, légèrement albumineuses : 30 centigrammes par litre.

Le diagnostic de fièvre typhoïde paraissait probable. Toutefois, suivant la règle clinique admise en ces pays, du

sang prélevé par piqûre au niveau de l'index fut étalé sur des lames pour la recherche des hématozoaires; le malade subit le traitement d'épreuve du paludisme et reçut 1 gr.50 de quinoforme en injections intramusculaires pendant trois jours. Une hémoculture fut faite immédiatement. La température ne céda pas rapidement au traitement quinique, ainsi qu'il est habituel de l'observer dans les cas de paludisme, la recherche des hématozoaires et l'hémoculture furent négatives. Le malade fut mis au régime habituel des typhoïdiques : diète lactée, bains froids, lavements froids sans pression.

Cependant la température se maintenait toujours élevée, au-dessus de 39° et l'état du malade allait s'aggravant. Au dixième jour de la maladie, c'est-à-dire trois jours après son hospitalisation, un séro-diagnostic fut fait pour le T. A. B. M. Proteus X 19, qui revint négatif pour le typhus, les fièvres typhoïde et paratyphoïdes A et B et positif au taux de 1/200 pour le micrococcus melitensis, séro-diagnostic qui fut confirmé par une intradermo-réaction de Burnet.

La température se maintint élevée au-dessus de 39° pendant treize jours, montant le soir jusqu'à 40° 4' et présentant une légère rémission matinale. L'abattement était chaque jour plus marqué. Le malade était inerte, inconscient, couvert de sueurs véritablement anormales par leur intensité, rendant nécessaire un fréquent changement de linges. Les bruits du cœur étaient sourds, indistincts, irréguliers, avec des extrasystoles, mais toujours lents, le pouls radial ne dépassant pas quatre-vingts pulsations à la minute. Les urines toutefois étaient assez abondantes, atteignant 1.500 grammes en vingt-quatre heures, légèrement albumineuses (0.30 centigramme par litre) et chargées d'un abondant dépôt de phosphates ammoniaco-magnésiens. Un traitement digitalique fut institué.

Le 5 mai, l'état est vraiment alarmant. le malade est très prostré, complètement inconscient. Son visage est cerné, émacié, l'amaigrissement est extrême. La température qui était alors à $40^{\circ} 3'$ s'abaisse à $39^{\circ} 2'$, le volume des urines tombe de 2.200 à 1.100, le cœur est irrégulier, le malade présente de l'incontinence rectale. Les bruits du cœur sont irréguliers, indistincts.

Les jours suivants, la descente de la température se fait progressivement au lysis, jusqu'à $37^{\circ} 8'$, le taux des urines s'élève lentement, puis se produit une importante polyurie. Les urines deviennent plus claires et le malade urine plus de trois litres par jour. Les forces reviennent. La convalescence semble prochaine.

Mais les jours suivants la température ne descend pas franchement à 37° , elle présente de grandes oscillations ; rémittente, elle s'abaisse le matin à $37^{\circ} 4'$ et remonte le soir à $38^{\circ} 8'$, 39° jusqu'au 24 juin. L'état du malade reste toujours précaire. Son amaigrissement est extrême, son anorexie presque absolue. Les sueurs sont toujours aussi profuses. L'asthénie est telle que le malade est confiné au lit.

Du 27 au 30 juin, la température est normale, ne dépassant pas 37° le matin et soir, puis remonte, capricieuse, irrégulière autour de 38° , oscillante. Cependant l'état général du malade s'améliore, l'appétit revient. Profitant de quelques jours d'apyrexie, il quitte l'hôpital le 24 juillet pour se rendre en France et changer de climat.

Pendant son séjour, le malade reste le plus souvent fébrile et ce n'est qu'à la fin de septembre qu'il n'est définitivement guéri.

Il est à remarquer que pendant toute l'évolution de sa maladie, le sujet n'a pas présenté de douleurs articulaires. Il buvait habituellement du lait de chèvre non bouilli.

OBSERVATION N° 9

(E. FLYE SAINTE-MARIE ET A. MAUSOURI. *Maroc Médical*.
15 septembre 1925).

L'Hussein ben Kaci, Algérien, âgé de trente-deux ans, habitant Belalil, est adressé, le 8 juin, à l'hôpital Cocard par le docteur Monnier, de Sefrou, pour une pyrexie datant de huit jours qu'il soupçonnait être une fièvre de Malte, connaissant la région comme un foyer de cette maladie.

À l'entrée, on trouve un malade dans un état grave, maigre, d'aspect extérieur assez débile, portant sur la face une cicatrice ancienne de lupus, agité, tremulant, répondant avec volubilité aux questions qu'on lui pose, nerveux, inquiet, agité par moments de soubresauts brusques, présentant un tremblement menu des mains et une myoclonie des muscles de la face, attirant d'une façon presque rythmique la commissure labiale droite en dehors et en haut. Température, $39^{\circ} 2'$. Pouls, cent vingt. La langue est sèche, rôtie. L'abdomen n'est pas sensible à la pression, la rate est légèrement augmentée de volume, le foie normal ; pas de vomissements ni de diarrhée ; au contraire le malade se plaint d'une constipation opiniâtre ; il a pas de signes méningés ; les réflexes rotuliens sont seulement un peu vifs. On ne note pas d'éruption sur le tégument il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Une hémoculture pratiquée le jour même de l'entrée en bouillon-bile et en bouillon ordinaire reste négative.

L'ensemble symptomatique faisait penser en somme à une affection typhoïde avec phénomènes nerveux dominant la scène ; une chute brusque de la température à $37^{\circ} 8'$ le lendemain semblait confirmer l'hypothèse d'un typhus ; une séro-réaction se montra négative tant pour les bacilles de typhiques et paratyphiques que pour le *Proteus* X 19. L'agglutination au *melitensis* devait donner la clef

du problème ; elle fut positive au taux à 1/300. Le troisième jour, la température remonte à 39° 2' avec pouls à cent trente, l'état général reste toujours grave, les phénomènes nerveux persistent, la langue rôtie se couvre de fuliginosité. Cet état alarmant dure une huitaine de jours où la température se maintient en plateau, oscillante légèrement autour de 39° avec agitation permanente allant par épisodes jusqu'au délire.

On ne note pendant cette période aucun autre symptôme viscéral que cette constipation opiniâtre et quelques râles de bronchite diffuse ; les bruits du cœur sont normaux, seulement légèrement assourdis. Il n'y a pas d'albuminurie.

Le 19 juin, en deux jours, la température tombe à 37°, mais pour remonter dans la suite et se maintenir huit jours encore aux environs de 38° avec quelques pointes en clocher n'atteignant pas cependant 39°.

Du 29 juin au 6 juillet, la température baisse, oscillant entre 37° et 38°. Pendant cette période, l'état général s'améliore grandement ; les soubresauts musculaires, le tremblement, les myoclonies disparaissent, la langue se dépouille, devient humide et rosée.

Tout semblait devoir rentrer rapidement dans l'ordre, lorsque la température s'éleva de nouveau à 39°, sans signes généraux ni locaux. Après deux jours de pyrexie, la température revint progressivement à la normale.

Le 12 juillet, le malade attire l'attention sur une petite nodosité presque indolente siégeant dans le flanc gauche : il s'agit d'une collection liquide sous-cutanée du volume d'une grosse noix sans aucun signe inflammatoire, sans modification de coloration de la peau et sans empâtement : une deuxième collection semblable siège à la face externe de la cuisse.

Ces deux abcès sont incisés et laissent écouler un

pus franc bien lié, en bien plus grande abondance que leur volume ne l'aurait laissé supposer. On reconnaît au milieu au pas de grosses gouttes huileuses ; cet abcès s'étant produit aux points d'injections sous-cutanées d'huile camphrée qui avaient été pratiquées au cours de la maladie.

L'ensemencement du pus sur gélose donna en cinq jours des colonies de cocci ne prenant pas le grain, ayant la morphologie du *melitensis*; ces cocci furent agglutinés au 1/15.000 par le sérum de l'institut Pasteur agglutinant le *melitensis*.

La suppuration tarit rapidement et le malade quitta l'hôpital guéri, ayant subi au cours de sa maladie un amaigrissement considérable. Il revint huit jours après se faire inciser un nouvel abcès apparu au flanc droit qui évolua d'ailleurs comme les précédents.

Les auteurs concluent :

« Cette observation montre à quel point la symptomatologie de la F. M. peut être différente de celle communément observée dans les traités : nous n'avons observé en effet, chez nos malades, ni sueurs profuses, ni arthralgies, ni douleurs névralgiques; par contre, la prédominance des phénomènes nerveux (agitation allant jusqu'au délire et surtout tremblement accompagné de secousses myocloniques des muscles de la face) a donné à la maladie le masque d'une fièvre ataxo-dynamique tout à fait anormal dans la *melitococcie*. La courbe de température elle-même se rapproche plutôt dans l'ensemble de celle d'une fièvre typhoïde; on peut à la rigueur y reconnaître de vagues ondulations, mais rien de caractéristique.

» Rappelons, en terminant, les caractères assez particuliers des collections purulentes apparues chez notre malade à la fin de la période fébrile. Il semble bien que ces abcès aient eu pour point de départ des injections sous-cutanées d'huile camphrée, qui auraient servi, en quelque

sorte, d'appel aux germes microbiens en circulation et auraient favorisé leur pullulation. Ces collections ont eu une évolution absolument froide, presque indolente, sans empatement ni rougeur. Ils sont à rapprocher à ce point de vue des ostéites et osté-arthrites melitococciques ».

OBSERVATION N° 10

L. E..., 38 ans, fille publique de Sfax, entrée le 31 janvier à l'Hôpital civil Français.

Entrée pour être mise en observation dans le Pavillon des maladies mentales (Service du docteur Gérard). Le certificat d'internement portait le diagnostic de delirium tremens.

En dehors des troubles de l'ordre mental qu'elle présente à son entrée à l'hôpital (confusion dans les idées, hallucinations, délire), la malade a de la fièvre dépassant 40°, de la congestion de tout le poumon droit et de la base du poumon gauche et une grosse rate.

A part l'éthylisme, il est impossible de recueillir d'autres renseignements exacts sur ses antécédents personnels ; son Wassermann est positif dans le sang.

Sa température se maintient en plateau aux environs de 39°, elle tousse et elle crache. Plusieurs examens de crachats sont négatifs.

Du 9 au 11 février, injections de quinine sans résultats. Le 16 février, la malade ne présente plus aucun symptôme pulmonaire ; elle continue à faire de la température et à avoir des sueurs parfois nocturnes.

Le séro-diagnostic est négatif pour l'Eberth, le para A, le para B, et pour le melitensis. Traces d'albumine dans les urines, 0,51 ctgr. d'urée par litre dans le sang.

Le 25 février, la malade accuse de fortes douleurs au genou gauche. On constate une tuméfaction de l'articula-

tion très sensible au palper; elle signale en outre des pertes abondantes et des douleurs au bas-ventre. L'examen des organes génitaux ne décèlent rien de particulier. Absence de gonocoques dans les sécrétions vaginales et utérines (examens pratiqués à plusieurs reprises).

Trois jours après, les douleurs du genou gauche disparaissent ainsi que le gonflement articulaire.

Le 2 mars, la malade accuse de violentes douleurs au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche et pendant une trentaine de jours ces douleurs domineront la scène avec une température qui prend une forme rémittente. Son état général s'altère de plus en plus, le visage est angoissé, les traits tirés, le nez pincé; on observe un léger ballonnement du ventre, avec douleur appendiculaire sans défense de la paroi. Le pouls est assez rapide, aux environs de 100. Constipation, pas de vomissements.

Au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, nous notons de la chaleur locale, une rougeur vive et un gonflement de l'articulation avec œdème des tissus périarticulaires. La peau est lisse et luisante, la douleur est d'une acuité extrême, arrache des cris à la malade dès qu'elle essaie de faire un mouvement; elle reste couchée sur le décubitus latéral droit.

La malade ne tousse plus, elle ne présente aucun signe d'auscultation pulmonaire; la radioscopie thoracique est négative, tachycardie, pas de bruits surajoutés au cœur. La température ne cède à aucun antithermique, la rate est toujours perceptible, on observe des taches pétéchiales aux membres inférieurs.

Le 14 mars, nous pratiquons une intradermo-réaction de Burnet avec le contrôle de l'intradermo-témoin au bouillon simple... Six heures après, nous constatons autour du point d'inoculation du filtrat un œdème d'environ cinq centimètres cubes de diamètre, avec limite nette,

bourrelet très douloureux et une légère douleur qui persiste quarante-huit heures environ. L'intradermo-témoin est négative.

Le 17 mars, le séro-diagnostic de Wright, pratiqué à l'Institut Pasteur de Tunis est négatif. Le séro-diagnostic de Widal est négatif ; l'hémoculture ne donne rien. La malade continue à avoir de la fièvre ; la courbe thermique présente de plus amples oscillations, de 38° 2' à 40° en moyenne.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Le 20 mars, nous pratiquons, au moment où la malade à une température de 40° :

Une ponction de la rate, en ayant soin d'ensemencer le sang prélevé dans deux tubes de gélose ;

Une ponction de l'articulation sacro-iliaque gauche ;

Une prise de sang par le séro-diagnostic et par une nouvelle hémoculture.

Les différents examens sont pratiqués obligeamment par M. Burnet qui nous communique quelques jours plus tard les résultats suivants :

Séro-diagnostic de Wright positif à 1/200 ;

Ponction de la rate dans un des deux tubes : sept colonies de *micrococcus melitensis*.

Ponction articulaire : rien.

Hémoculture positive : culture de *M. melitensis* ; la nature des germes recueillis est vérifiée par le fait qu'ils sont agglutinés par un sérum antimelitensis connu.

La malade a été traitée par la vaccinothérapie sous-cutanée sans résultats (vaccins B. Abartus).

Nous avons suivi l'évolution de la maladie, cette malade étant entrée dans la suite dans le service du docteur Masselot. Elle était toujours fébrile, ayant une température continue, folle, prenant tantôt la forme d'une onde, tantôt présentant de grandes oscillations avec de fortes rémis-

sions matinales à $37^{\circ} 6'$, $37^{\circ} 4'$ et une grande élévation thermique vespérale à 39° , $39^{\circ} 5'$ et même 40° . L'état général était toujours grave. La malade ne pouvait marcher, était très amaigrie, refusant toute nourriture. Son faciès était celui d'une cachectique, pâle et parsemé de petites taches brunâtres, le pouls était rapide, au-dessus de cent vingt, la tension artérielle prise au vaguez était de 10/6. La rate dépassait le rebord costal d'un et demi travers de doigt. La malade resta ainsi constamment fébrile jusqu'au 9 septembre. On lui fit une nouvelle intradermo-réaction de Kurnet qui fut encore positive, et un nouveau traitement vaccinothérapique par injections intramusculaires qui ne donna aucun résultat, la température se maintenant toujours aussi élevée.

Le 12 octobre, quelques jours après une nouvelle intradermo-réaction qui fut encore cette fois positive, un traitement vaccinothérapique fut à nouveau essayé, mais par injections intraveineuses. Celles-ci déclanchèrent une très violente réaction avec ascension fébrile à $40^{\circ} 8'$, la première fois, délire, agitation, douleurs articulaires très violentes. Les injections furent répétées tous les deux jours à des doses progressivement croissantes, ($1/4$ cc., $1/4$ cc., $1/2$, 1, 1, 1) jusqu'au nombre de six. Les réactions furent moins violentes, les douleurs articulaires, par contre, persistèrent douloureuses, pendant trois semaines, mais la température, pour la première fois depuis le début de la maladie, s'abaisse progressivement pour arriver à la normale le 23 octobre et s'y maintint depuis.

La convalescence fut rapide. La malade prit rapidement du poids, put se lever et marcher, les sueurs nocturnes qui avaient toujours été abondantes disparurent.

La pyrexie fut ainsi constante pendant dix mois.

OBSERVATION N° 11

B... Antonina, âgée de 43 ans, blanchisseuse, italienne demeurant à Tunis, entrée dans le service du docteur Masselot le 14 juillet 1923.

La malade déclare que depuis quarante-cinq jours elle a une température élevée qui apparut brusquement avec de la céphalée, des vomissements et de la diarrhée.

Elle a remarqué que le maximum de la fièvre est le plus souvent à quatorze heures et qu'il se produit une chute brusque de la température vers les quatre heures du matin, chute suivie de sueurs profuses. Elle se plaint d'avoir eu des douleurs abdominales diffuses assez vives au début et des selles liquides, revenant quatre ou cinq fois par jour. Celles-ci sont normales actuellement.

La malade affirme n'avoir jamais bu de lait de chèvre.

Dans ses antécédents personnels, on relève :

Une variole à l'âge de onze ans ;

Dix grossesses : cinq à terme et un prématuré de sept mois, quatre fausses-couches, quatre enfants morts à deux mois. Un seul des enfants est survivant et en bonne santé.

A l'examen fait à l'entrée on note que la malade est dans un état de grand affaiblissement. Son faciès est terne, couvert de sueurs. Le foie est gros et la rate hypertrophiée. Elle présente des signes de bronchite légère du sommet gauche. La température n'est, le soir de l'entrée, que de 38°.

Le 16 juillet, une lame est faite pour la recherche des hématozoaires, la température ayant dépassé 38° 5'. Un traitement d'épreuve au quinoforme par injections intramusculaires est institué pendant trois jours. Un séro-diagnostic est positif au taux de 1/200 pour le melitensis le 21 juillet.

Une formule sanguine, faite le même jour, donne les résultats suivants :

Hématies	2.810.000
Leucocytes	3.850
Polynucléaires	74 %
Mononucléaires	20 %
Lymphocytes	6 %
Hémoglobine	55 %

On ne trouve pas, à l'examen microscopique, d'hématozoaires. Une première intradermo-réaction de Burnet, faite le 28 juillet, est négative.

La température persiste, irrégulière, oscillant le plus souvent entre 38° et 39°, atteignant parfois 39° 5', présentant en septembre une onde peu élevée, mais nette. L'amaigrissement augmente, le poulx de la malade, le 15 du même mois, n'est plus que de 41 kgs 500. La malade reste confinée au lit, incapable de tout effort. Les bruits du cœur s'assourdissent, deviennent rapides, et rendent nécessaire l'emploi de la digitaline. Les sueurs nocturnes sont profuses.

Au cours d'un examen, fait le 10 octobre 1923, la température atteint 39°, la malade se plaint d'une asthénie toujours très marquée, de douleurs erratiques vives au plexus solaire, entre les épaules, et de costalgies, sans que l'on puisse déceler de gonflement articulaire. Elle accuse en outre une forte céphalée et une sensation de froid intense survenant la nuit, suivi de chaleur et de sueurs très abondantes sur tout le corps. Elle se plaint d'angoisse précordiale très pénible survenant pendant la période fébrile.

On note en outre de la tachycardie (la fréquence du poulx est de 90 pulsations à la minute), une bronchite légère surtout marquée au sommet gauche, une grosse rate dépassant largement le rebord costal, de la polyurie nocturne.

Le foie est normal.

La constipation est rebelle.

L'examen des urines ne montre pas la présence d'albumine ni de pigments et sels biliaires.

Pendant les mois de novembre et de décembre, l'état général reste aussi précaire. La température est constante, dessinant des ondes qui atteignent et dépassent 39° , d'une durée de douze à quinze jours, auxquelles succède une température rémittente, peu oscillante, entre $37^{\circ} 8'$ et $38^{\circ} 5'$.

Le 15 janvier, une intradermo-réaction de Burnet, faite avec un filtrat très frais, est cette fois nettement positive. Du 28 janvier au 3 février, la malade est pour la première fois complètement apyrétique. On profite de cette période favorable pour faire un traitement vaccinothérapique par voie sous-cutanée. Dix injections de vaccin B abortus sont faites en vingt jours, n'amenant aucune amélioration. La température remonte, une nouvelle onde apparaît, atteignant 40° et persiste jusqu'au 20 février 1924. Le visage de la malade est émacié, squelettique: elle souffre de douleurs articulaires constantes, et de douleurs intercostales qui sont légèrement calmées par des applications de pointes de feu.

En mars, la température se maintient entre $37^{\circ} 5'$ et $38^{\circ} 5'$. La malade est prise chaque soir de petits frissons qui courent le long de la colonne vertébrale, auxquels succède une forte chaleur qui l'oblige à rejeter ses draps. Vers les quatre heures du matin, elle se réveille inondée de sueurs, plus abondantes au visage. Son asthénie est extrême, et c'est avec peine qu'elle peut faire quelques pas. L'anorexie est absolue. Le 29 février, nouvelle intradermo-réaction positive. Le 15 mars et les jours suivants, quatre nouvelles injections de vaccin antiméditerranéen sont faites par la voie sous-cutanée, qui provoquent une température élevée qui monte à 40° , de l'agitation. Cette température revient rapidement à la normale et ne remontera plus. Un séro-diag

nostic, fait le 18 mars, est négatif pour le T. A. B.-M. Proteus X. 19.

Cependant, la convalescence est lente, pénible malgré les injections de cacodylate et de strychnine qui sont faites. La malade reste de longs jours incapable du moindre effort, les sueurs nocturnes persistent, les douleurs articulaires, sourdes, ne disparaissent que peu à peu, l'appétit revient lentement, et la malade ne peut quitter le service que le 24 juin 1924, très améliorée, non peut-être définitivement guérie.

Son hospitalisation aura été de plus de onze mois. Des examens pulmonaires radioscopiques répétés n'avaient décelé aucune lésion des poumons.

OBSERVATION N° 12

A..... Lucie, 36 ans, Italienne, entrée le 1^{er} mai 1924 dans le service du docteur Masselot.

Est malade depuis quinze jours, est adressée à l'Hôpital civil Français avec le diagnostic de fièvre méditerranéenne confirmé par une séro-agglutination positive au taux de 1/200 pour le micrococcus melitensis.

La malade est si prostrée qu'elle est incapable de donner le moindre renseignement. Ses parents racontent que depuis un mois son état général déclinait. Elle se plaignait d'une lassitude extrême, d'une céphalée pénible, frontale, ne mangeait plus et avait des insomnies rebelles. Le 21 avril, la malade eut quelques frissons, des vomissements, et se plaignit d'une céphalée atroce. La température, prise dans le rectum, atteignait 40°. Un médecin fut appelé qui fit de la quinine et prescrivit des bains et le régime lacté. Il fit faire, le 23 avril, un séro-diagnostic qui fut positif pour le M. melitensis et négatif pour les T. A. B. et Protéas

X 19. L'état général de la malade continuant à s'aggraver, il adressa celle-ci à l'H. C. F.

La malade ne présente aucun fait intéressant dans ses antécédents personnels. Elle buvait habituellement du lait de chèvre, peut-être insuffisamment porté à l'ébullition.

A l'examen fait, le 1^{er} mai, jour de l'entrée, la température est à 39° 7', le pouls à 110, les urines sont rares, ne dépassant pas 600 centimètres cubes, foncées, contenant une forte quantité d'albumine : 1 gr.80 par litre. La malade est très prostrée, incapable de donner le moindre renseignement. Son visage est d'une paleur cireuse, les lèvres sont agitées d'un tremblement menu. La langue est saburrale, sèche. L'abdomen est légèrement météorisé, la rate est grosse à la percussion, mais dépasse à peine le rebord costal à la palpation. Le foie est normal. On perçoit des râles disséminés sur toute la hauteur des poumons en arrière, sans modification de la sonorité pulmonaire à la percussion. Les bruits du cœur sont rapides, irréguliers, un peu sourds. Des tonicardiaques sont donnés ainsi que des injections de strychnine et des injections d'électrargol par voie intraveineuse. Du sang est prélevé pour une hémoculture et un séro-diagnostic.

L'état de la malade reste aussi grave jusqu'au 9 mai. La prostration est toujours aussi marquée. La température se maintient en plateau au-dessus de 39°. Les urines sont toujours rares, dépassant quelque peu 500 centimètres cubes par vingt-quatre heures. Les bruits du cœur restent rapides, mal frappés. Le 8 mai, les résultats de la séro-agglutination sont connus. Celle-ci est nulle pour le T. A. B. et le Protéus X 19, fortement positive à 1/200 pour le micrococcus melitensis. Une intradermo-réaction de Burnet faite le 1^{er} mai avait été très fortement positive.

Du 9 au 17 mai, la température descend progressivement avec de légères oscillations jusqu'à 37° 2', puis

remonte le 19 mai, présentant de très fortes oscillations jusqu'à 39°. La prostration de la malade diminue, mais celle-ci accuse une sensation de faiblesse extrême. Le pòuls est toujours rapide, les urines sont rares, troubles, mais la minurie n'est plus que de 0 gr. 40 par litre.

Les signes pulmonaires ont disparu.

L'hémoculture est positive : on y décèle des colonies de *micrococcus melitensis*.

Devant la persistance de la fièvre et de la gravité de l'état général, on tente le traitement vaccinothérapique par la voie intramusculaire. Six injections de vaccin n° 1 anti-melitensis sont faites, suivies de six injections de vaccin n° 2, à raison d'une injection tous les deux jours. Elles provoquent une réaction générale assez vive avec forte température, mais trois jours après la dernière injection, la fièvre tombe brusquement de 39° à 36° 8', elle remonte les jours suivants à 38°, mais passagèrement, et se maintient ensuite aux environs de 37°. Les urines deviennent plus abondantes, l'état général s'améliore, le pòuls est assez bien frappé mais rapide. La malade quitte le service, apyrétique, le 25 juin 1926, pour se rendre en Italie. La durée de son hospitalisation aura donc été de deux mois.

Il est à noter que pendant son séjour à l'hôpital la malade n'a pas présenté de sueurs nocturnes et n'a pas eu de douleurs articulaires.

OBSERVATION N° 13

B..... Jean, âgé de 25 ans, étudiant en médecine, entré au Pavillon H, le 30 janvier 1925.

Ayant une bonne santé habituelle, ne relève dans ses antécédents personnels qu'une diphtérie à l'âge de quatre ans; nie la syphilis et l'éthylisme. A été vacciné contre le

T. A. B. deux fois en 1918-1919, une troisième fois en mars 1924.

Depuis une quinzaine de jours ressentait une lassitude légère, quelques courbatures, de légers frissons le soir, des sueurs nocturnes et de l'insomnie. Le 29 janvier, ayant pris fortuitement sa température, il constate que celle-ci était montée à $40^{\circ} 4'$; il avait chassé tout l'après-midi sans éprouver le moindre malaise.

Le 30 janvier, il entre dans le service avec une température de $39^{\circ} 4'$, se plaignant de céphalée, d'insomnie et d'une constipation opiniâtre. Il présente à l'examen un visage terreux, une langue très saburrale, recouverte d'un enduit blanchâtre très épais, rouge à la pointe et sur les bords, sèche, un gargouillement discret de la fosse iliaque droite. Le foie est normal, la rate est percutable, non palpable. Les bruits du cœur sont réguliers, le pouls est plutôt lent, en désaccord avec la température élevée : on ne compte que 80 pulsations à la minute. Les poumons et le système nerveux sont normaux.

Bien qu'il ait été récemment vacciné contre les bacilles typhiques et paratyphiques, le malade présente l'aspect clinique d'un éberthien, la typhoïde en Tunisie avant souvent une symptomatologie très fruste. La diète lactée, la glace abdominale, les bains sont prescrits. Cependant, des lames sont faites en vue de la recherche des hématozoaires, et un traitement d'épreuve quinique est institué pendant trois jours, à raison de 1 gr. 50 de quinoforme par jour en injections intramusculaires.

Cependant, la température se maintient élevée, entre 39° et 40° . A l'examen microscopique, on ne trouve pas d'hématozoaires. Un séro-diagnostic est positif le 7 février, au taux de 1/200 pour le micrococcus melitensis. Deux intradermo-réactions de Burnet sont faites à deux jours d'intervalle, qui sont négatives.

La température reste ainsi élevée, en plateau jusqu'au 5 février, elle change alors de caractère, devenant rémittente, présentant de grandes oscillations avec maximum vespéral élevé : $39^{\circ} 4'$, $39^{\circ} 8'$. Cette ascension thermique étant annoncée par des frissons violents survenant à heure fixe, durant dix à quinze minutes, suivis d'une sensation de forte chaleur et de sueurs profuses.

L'état général du malade se maintient bon, malgré l'insomnie; le pouls est régulier, ne dépassant pas quatre-vingt-cinq pulsations, les urines sont abondantes. La défervescence de la fièvre se fait brusquement le 9 février à $38^{\circ} 4'$, et le 12 février la température tombe à 37° . Les forces reviennent, le malade se lève, s'alimente, entre en convalescence. Un deuxième séro-diagnostic, fait le 11 février, est positif à 1/200 pour le *micrococcus melitensis*, et à 1/100 pour le paratyphique A. Une hémoculture, faite pendant l'acmé fébrile, est négative.

Il semblait que le malade eût fait cliniquement une infection typhoïde courte. La période fébrile n'avait pas dépassé dix-huit jours, et la courbe thermique n'était pas très différente de celle d'une fièvre typhoïde bénigne.

Le malade reste apyrétique pendant onze jours, présentant les signes d'une amélioration rapide. Au onzième jour, une intradermo-réaction lui est faite avec de la mélitine très fraîche, qui provoque un épaissement du derme et un bourrelet très apparent (étant aussi très fortement positive), ainsi qu'une légère lymphocytose du sang. Il y a une forte réaction fébrile à $39^{\circ} 8'$ le soir même. La température tombe rapidement en trois jours à $37^{\circ} 5'$, puis remonte progressivement à $38^{\circ} 5'$, $39^{\circ} 2'$. Avec elle réapparaissent la céphalée, l'insomnie, les sueurs nocturnes, la constipation.

Le 26 février, le malade rentre dans le service avec une température de $39^{\circ} 1'$, persistante. On essaie le traitement

vaccinothérapique : quatre injections intraveineuses de vaccin antiméditerranéen sont faites à des doses progressivement croissantes : 1/4 cc., 1/2 cc., 1 cc., 1 cc. Ces injections déterminent des réactions violentes, avec clocher thermique à 40° 4', 40° 6', survenant quatre ou cinq heures après l'injection, pouls rapide, céphalée, frissons, agitation et délire, réactions qui persistent pendant trois ou quatre heures. Leur intensité est telle qu'elles font renoncer à l'emploi du vaccin intraveineux dont l'action dans ce cas semble nulle.

Le 9 mars, la température monte progressivement. « en marche d'escalier », pour atteindre, le 12 mars, 39° et se maintenir entre 40° et 41° pendant vingt jours; la courbe thermique prend la forme d'une onde typique. Les phénomènes généraux deviennent sévères, et l'état du malade est sérieux : amaigrissement considérable, faciès altéré, terreux, alternatives de prostration marquée et d'agitation et de délire. Bruits du cœur un peu assourdis, assez rapides, atteignant 115 battements à la minute. Langue sèche, fuligineuse, urines diminuées de volume : 1.200 cc., foncées, riches en urates d'ammoniaque et en phosphates ammoniaco-magnésiens, contenant des traces d'albumine. Le malade est mis à la digitaline, à l'urotropine, au sérum glucosé et à l'huile camphrée. L'état général est toujours sérieux.

Le délire persiste, la faiblesse et l'amaigrissement s'accroissent chaque jour, et le malade tombe dans une torpeur profonde. Devant l'échec de la vaccinothérapie, on a recours aux abcès de fixation : deux centimètres cubes de térébenthine sont injectés le 18 mars dans la cuisse gauche. Il ne se forme pas d'abcès, ce qui fait porter un pronostic réservé. Six jours après, une nouvelle injection de térébenthine est faite à la cuisse droite. Un abcès s'y forme rapidement et une collution purulente apparaît alors, profonde,

au niveau de la cuisse gauche, là où la première injection avait été faite. Ces deux abcès sont incisés, n'amenant qu'une légère rémission de la courbe thermique. Le malade est toujours prostré, délirant, atteint d'une surdité marquée. Il présente de l'incontinence des urines et des matières fécales. L'amaigrissement est très marqué, une petite escharre sacrée apparaît. Quelques phénomènes pulmonaires apparaissent, caractérisés par une légère submatité des deux bases, quelques râles humides disséminés, plus nombreux au sommet gauche, et un souffle expiratoire intense, plus marqué à droite au niveau du hile. La température devient oscillante, présentant de fortes rémissions le matin à 37° 4' et atteignant le soir 39° 4'. Le malade est cyanosé, fortement dyspnéisant, couvert de sueurs : depuis quelques jours il est atteint d'une diarrhée profuse. La gravité de cet état général, les caractères de la courbe thermique, la cyanose et la tachycardie associées aux signes pulmonaires font craindre une granulie. Une radiographie pulmonaire est faite qui ne montre qu'une accentuation du hile droit avec petites taches entre les cinquième et septième côtes, séquelles probables d'une infection bacillaire ancienne discrète, et un réticulum accentué dans le reste du poumon.

La température continue ainsi, oscillant jusqu'au 19 avril, et le malade profite d'une légère accalmie fébrile pour se rendre en France, dans un état toujours sérieux.

Malgré le changement d'air, le malade reste constamment fébrile jusqu'au 10 juillet. Dès son arrivée, le 1^{er} mai, il fait une nouvelle onde typique qui dure pendant vingt-cinq jours, la température se maintenant pendant plusieurs jours à 40° et au-dessus. L'état général est toujours grave : anorexie absolue, insomnie rebelle, sueurs nocturnes profuses obligent le malade à changer de linges très fréquemment, état de faiblesse extrême, agitation, demi-délire qui per-

siste plus de dix jours. La surdité augmente considérablement pendant l'acmé fébrile. Pendant cette onde apparaît une légère hydarthrose du genou gauche.

A cette onde, qui ne cesse que le 26 mai, fait suite une température largement oscillante, presque normale le matin et atteignant le soir 39° , $39^{\circ} 5'$, annoncée par de légers frissons et se terminant par des sueurs abondantes, le plus souvent localisées au thorax et au cuir chevelu, qui apparaissent vers quatre heures du matin. Le malade ne peut marcher.

Pour la première fois depuis le début de sa maladie le malade est apyrétique du 10 juillet au début du mois d'août. La température ne dépassant pas le soir $37^{\circ} 8'$. Il peut se lever, marcher, l'appétit revient et le malade prend un certain embonpoint, son poids est de quarante-six kilogs à la fin du mois de juillet. Cependant, il a toujours des insomnies et des sueurs la nuit.

Du 4 août au 5 septembre, le malade a une nouvelle onde sévère. La température persiste pendant vingt jours, en plateau, entre $39^{\circ} 5'$ et $40^{\circ} 3'$, associée à de la céphalée, une insomnie rebelle, une anorexie complète, surdité marquée. L'amaigrissement est rapide, l'asthénie profonde associée à de la dépression psychique. Le délire réapparaît caractérisé par des idées de persécution. Le foie et la rate dépassent de près de deux travers de doigts le rebord costal. La tachycardie est forte : 140 pulsations ; urines peu abondantes et chargées d'un abondant dépôt d'urates d'ammoniaque et de phosphates ammoniac-magnésiens. La température tombe brusquement le 5 septembre.

Dès lors, le malade entre en convalescence. Les forces lui reviennent avec une rapidité surprenante, l'appétit est meilleur, il engraisse, se lève, et fait preuve d'une certaine activité. Il fait encore quelques accès fébriles, courts, qui atteignent $39^{\circ} 5'$, 40° annoncés par des frissons et une

augmentation de sa surdité. Les sueurs nocturnes sont toujours abondantes, des scapulalgies, des douleurs aux poignets, aux chevilles, apparaissent peu intenses, fugaces. La tachycardie persiste, le pouls ne descendant pas au repos au-dessous de 120 pulsations à la minute.

Le malade revient à Tunis au mois de novembre, fait dans les premiers jours de décembre, une petite onde et est définitivement guéri. Les insomnies, les sueurs nocturnes disparaissent brusquement. En moins d'un mois le malade atteint cinquante-huit kilogs, son poids normal. La fréquence du pouls passe de cent vingt pulsations à soixante-seize. La tension artérielle au vaquez est de 13/8. Il a retrouvé son état de santé habituelle. Sa maladie aura duré onze mois.

OBSERVATION N° 14

D..... Joséphine, âgée de 43 ans, entrée à l'Hôpital civil Français le 26 décembre 1924, décédée le 1^{er} janvier 1925.

Entre dans le service pour une température de 40° 5' et un état général très grave apparus depuis huit jours.

La malade déclare que depuis trois semaines elle ressentait une grande asthénie et de l'insomnie. Puis, brusquement, elle eut une céphalée frontale rebelle, des frissons violents et une température qui atteignit d'emblée 39° et plus et se maintint aussi élevée. Elle n'eut pas de diarrhée ni d'épistaxis.

Elle n'eut aucune maladie antérieure, a eu cinq enfants bien portants, n'a pas eu d'avortement. Se défend d'avoir eu la syphilis, d'être éthylique et affirme n'avoir jamais eu de paludisme.

A l'examen fait à l'entrée, la malade est très prostrée, inerte sur son lit. Les yeux sont cernés, les traits du visage

sont tirés, la maladie est très amaigrie, présente de l'incontinence des urines.

Ses lèvres sont sèches, fendillées. La langue est saburrale, sèche, fuligineuse. La pointe et les bords sont rouges. La peau de l'abdomen est parsemée de petites taches purpuriques, on y recherche en vain les petites taches rosées, lenticulaires, propres à la fièvre typhoïde.

L'abdomen est souple, sonore; on note un léger météorisme de la région cœcale, sans points douloureux vésiculaire ou appendiculaire, sans gargouillement de la fosse iliaque droite.

Le bord supérieur du foie est à deux travers de doigt au-dessous du mamelon. Le bord inférieur ne dépasse pas le rebord costal.

La rate est très grosse à la percussion, débordant dans l'hypochondre gauche d'un travers de doigt.

Le poumon droit présente en arrière de la submatité du tiers inférieur et des râles humides fins, aux deux temps de la respiration.

Les bruits du cœur sont un peu assourdis, mais réguliers. La fréquence du pouls radial est de 108 pulsations à la minute. La pointe du cœur bat dans le quatrième espace, et la matité cardiaque ne dépasse pas le bord droit du sternum.

Les réflexes oculaires, tendineux et cutanés sont normaux.

Un séro-diagnostic et une hémoculture sont faits le jour même de l'entrée et envoyés à l'Institut Pasteur. Un traitement d'épreuve quinique est fait, à raison de 1 gr.50 de quinoforme en injections intramusculaires pendant trois jours, après que l'on eût fait un étalement sur lames pour la recherche des hématozoaires. L'examen des urines ne montre que des traces d'albumine.

L'état général de la malade s'aggrave très rapidement.

La température tombe de $40^{\circ} 5'$ aux environs de 39° , mais le pouls devient rapide, irrégulier, l'incontinence des urines persiste, la malade entre, le 30 décembre, dans le coma; la température est à $37^{\circ} 6'$, le pouls incomptable. Les examens de laboratoire sont alors connus : absence des hématozoaires, hémoculture négative, séro-agglutination nulle par le T. A. B. et le Protéus X 19, positive au taux de 1/100 pour le melitensis. La malade meurt dans la nuit du 31 décembre au 1^{er} janvier, avant que l'on ait pu faire une nouvelle hémoculture et pratiquer une intradermo-réaction. Il nous a été malheureusement impossible de faire l'autopsie.

III

Formes avec prédominance d'un symptôme ou formes compliquées

1^o FORMES PULMONAIRES

OBSERVATION N^o 15

Observation du docteur Conseil.— M.... P., âgée de 28 ans.

Le début de l'affection est rapporté par la malade au 10 septembre 1908 : elle a éprouvé une forte céphalée, de l'inappétence et des troubles vagues du côté de l'estomac et de l'intestin. Mais le début est sans doute plus ancien, car elle indique nettement que, déjà depuis quelque temps elle se sentait parfois lasse et se trouvait moins alerte que d'habitude. Elle traîne cependant ainsi, sans consulter de médecin, jusqu'au 1^{er} octobre où, se sentant plus fatiguée et ayant pris sa température, elle constate 39° . Le diagnos

tic de paludisme est d'abord porté, bien que l'on n'ait point trouvé traces d'hématozoaires dans le sang.

Un traitement quinique d'essai n'ayant pas donné de résultat, et la fièvre se maintenant en plateau au-dessus de 39° , un séro-diagnostic est pratiqué à l'institut Pasteur, le 4 octobre 1908. il est négatif pour l'Eberth et le paratyphique, mais agglutine le *melitensis* à 1/500. Une seule injection de vaccin antimelitococcique est faite le 5 octobre: elle n'amène qu'une sédation passagère, et la fièvre continue au-dessus de $38^{\circ} 8'$ jusqu'à la fin d'octobre. L'état général se maintient d'ailleurs très bon, la malade se lève, mais s'alimente difficilement. A la fin du mois s'établit une apyrexie relative qui permet à la malade de reprendre ses forces et de sortir.

Quelques jours après, une nouvelle onde thermique se dessine, la température augmente rapidement, et surtout après quelques jours l'état général s'aggrave (la malade tousse, les bruits du cœur sont sourds, irréguliers, rapides, embryocardiques). La malade ne peut plus quitter le lit et s'amaigrit rapidement. Des symptômes pulmonaires nets apparaissent: rudesse de la respiration aux sommets, râles fugaces. Pendant toute cette période fébrile qui dure un mois et demi, l'état général s'aggrave au point de faire croire à une issue fatale: surdité, anémie profonde, prostration, myocardite, toux persistante, fièvre en plateau au-dessus de 39° , parésie intestinale. Les symptômes pulmonaires s'accroissent: râles sous-crépitaux nets du côté gauche. Deux confrères sont appelés en consultation et portent le diagnostic de granulie et c'est en effet le diagnostic qui s'impose. Cependant, pendant quelques jours, peut-être sous l'influence de plusieurs injections de sérum antidiphthérique pratiquées à la suite de publications récentes sur ce sujet, la température s'abaisse.

Cette apyrexie ne dure que quelques jours, la tempé-

rature remonte en même temps que l'on constate une pleurésie nette du côté droit, de la toux, des crises de dyspnée, de la myocardite, des douleurs rhumatoïdes et enfin des hémoptysies répétées.

Il ne peut plus faire de doute, malgré l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, qu'il s'agit de la tuberculose à marche rapide. Pourtant, après une quinzaine de jours, la température diminue un peu. La pleurésie persiste mais sans augmenter. Les signes pulmonaires semblent s'atténuer et surtout la toux pénible est moins fréquente.

L'apyrexie relative dure une quinzaine de jours. Malheureusement de fréquentes épistaxis ne permettent point à la malade de se relever, et lorsqu'une nouvelle poussée fébrile se produit, la myocardite s'aggrave et l'état devient immédiatement alarmant. Cette nouvelle onde fébrile est heureusement moins forte et plus courte que les précédentes. Elle est suivie d'une période presque apyrétique d'un mois, qui permet à l'état général de se relever. La pleurésie rétrocede assez rapidement mais les signes d'induration pulmonaire persistent. On pense toujours à une tuberculose pulmonaire en voie d'amélioration.

Deux nouvelles ondes fébriles sont encore constatées en février et en mars, s'accompagnant chaque fois d'accentuation des signes pulmonaires et de fortes transpirations nocturnes.

Malgré cela, l'état général s'améliore beaucoup et lorsque la fièvre disparaît définitivement au début d'avril, la malade se remet rapidement.

Cette observation qui remonte à bientôt vingt ans (à un moment où nous ne connaissions pas les symptômes protéiformes de la fièvre méditerranéenne) est surtout intéressante par ses manifestations pulmonaires qui pendant plusieurs mois avaient fait poser le diagnostic net de tuberculose pulmonaire (fièvre, transpirations, pleurésie, hé-

moptysies, induration des sommets, etc.). Maintenant, plus familiarisés avec les formes multiples de la fièvre méditerranéenne, il ne fait aucun doute pour nous qu'il s'agissait simple d'une fièvre de Malte grave, à détermination pulmonaire. D'ailleurs la malade, suivie depuis vingt ans, n'a jamais présenté le moindre signe suspect de bacillose.

OBSERVATION N° 16

L..... Antoine, âgé de 61 ans, détenu à la prison civile, entré dans le service du docteur Masselot, le 28 juillet 1924.

Le début de la maladie semble avoir été brutal : le 9 juillet, le malade eut de grands frissons, une céphalée frontale pénible, une courbature généralisée, des vomissements et une température qui atteignit d'emblée $39^{\circ} 4'$, suivie de sueurs abondantes et de douleurs articulaires diffuses.

Le lendemain et les jours suivants le malade eut de la toux et cracha, la température des endit lentement, en lysis, jusqu'à 37° , le 14 juillet. Après quelques jours d'apyrexie relative, la fièvre réapparut, progressive, à grandes oscillations ascendantes jusqu'au 28 juillet.

Le malade a toujours eu une bonne santé. Marié, a eu plusieurs enfants bien portants. Nie la syphilis et l'alcoolisme. Il semble qu'il boive habituellement du lait de chèvre non bouilli.

Le jour de son entrée dans le service, le malade est très amaigri, prostré, légèrement dyspnéique, se plaint de douleurs dans tous les membres et d'une lombalgie intense.

La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre très épais sur toute sa surface. On ne note pas à la palpation de l'abdomen de points douloureux vésiculaire ou appendiculaire. Le bord inférieur du foie dépasse le rebord costal

de près de deux travers de doigt. La rate est grosse à la percussion, palpable dans les inspirations profondes.

A l'examen du cœur, on note une légère dilatation de l'aorte. Les bruits du cœur sont réguliers, sans souffle orificiel. La fréquence du pouls radial est de cent quatre pulsations à la minute.

Poumons : A l'auscultation des sommets on perçoit, en avant et en arrière une respiration rude et même soufflante, sans bruits adventices, ni modifications de la sonorité et de la transmission de la voix et de la toux. Mais la moitié inférieure du poumon droit en arrière présente une forte submatité sans que l'on puisse noter une diminution des vibrations. A l'auscultation on note une forte obscurité respiratoire, quelques frottements et des râles humides fins. Les mêmes signes sont observés à l'examen de la base droite en avant.

Les réflexes oculaires, tendineux et cutanés sont normaux.

On constate des arthralgies des genoux, des poignets et des tibio-tarsiennes, sans hydarthrose.

Le soir de l'entrée, la température est à 38°, le pouls à cent quatre. Les urines, assez abondantes, contiennent quelques traces d'albumine.

Le malade a une expectoration muco-purulente, assez peu abondante, sans stries sanguines.

Une séro-agglutination est pratiquée les jours suivants à l'Institut Pasteur de Tunis, qui est positive à 1/200 pour le micrococcus melitensis. Un examen d'urée sanguine fait le même jour ne montre que la présence de 0 gr. 63 d'urée par litre.

Les jours suivants, les signes pulmonaires persistent sans grande modification, le malade a des crachats muco-purulents plus abondants. L'état général est toujours sérieux, les sueurs sont toujours profuses. La température

est irrégulière, capricieuse, tantôt présentant de grandes oscillations, tantôt rémittente aux environs de 38° pour osciller ensuite au-dessus de 39° . Le 10 août, une série de cinq injections de vaccin antimélicococcique par voie intramusculaire est faite, provoquant une forte réaction thermique à $40^{\circ} 2'$, suivie d'une apyrexie relative. La température oscillant entre 37° et 38° jusqu'au 3 septembre.

La température remonte à 39° , le malade se plaint de vives douleurs aux genoux qui sont volumineux. La synoviale est distendue et l'on obtient aisément le choc rotulien. Du liquide clair, citrin, est prélevé et adressé à l'Institut Pasteur. Ce liquide est stérile. Le 5 septembre, on constate des déformations légères des surfaces articulaires.

Les signes d'auscultation sont en partie disparus, ayant persisté plus d'un mois, nettement prédominants. Les douleurs articulaires ont seules permis, cliniquement, de penser à la fièvre méditerranéenne. Le 5 septembre, une intradermo-réaction de Burnet est faite, qui est négative. Une nouvelle intradermo-réaction est pratiquée le 8 septembre, cette fois avec de la mélitine très récemment préparée, et est positive.

Une nouvelle série de dix injections de vaccin antimélicococcique est faite, du 9 au 20 septembre, provoquant encore une forte réaction fébrile suivie d'une période d'apyrexie. Ces douleurs articulaires persistent, le malade est dans un état cachectique, présentant un amaigrissement extrême, couvert de sueurs, reposant sur son lit, hébété, présentant un certain degré de confusion mentale. Une troisième série d'injections de vaccin est faite du 23 septembre au 4 octobre. Le malade est apyrétique, légèrement amélioré et quitte le service le 14 octobre, réclamé par le service pénitentiaire, mais non guéri, car il reviendra faire un nouveau séjour à l'II. C. F. dans le service du docteur Gérard. A son départ, tous les signes pulmonaires ont disparu.

Observations du docteur Sfez, publiées aux Journées Médicales Tunisiennes, avril 1926.

OBSERVATION N° 17

M^{me} H....., âgée de 40 ans. Période d'asthénie apyrétique, puis fièvre, sans symptômes viscéraux. Diagnostic en suspens jusqu'au douzième jour. Séro-diagnostic positif au M à 1/2.000 au quinzième jour. Intradermo-réaction de Burnet nettement positive. Evolution banale de M. Amaigrissement, sueurs profuses, asthénie. Tension : 9/5.

Au trentième jour, apparition de râles de congestion avec submatité de la base gauche. Toux, faible expectoration, tachycardie, nausées. Examen des crachats négatif pour le pneumocoque et le B. K.

Les mêmes symptômes pulmonaires restent stationnaires pendant un mois environ, réalisant le tableau déjà appelé « Phtisie méditerranéenne ». Puis les râles diminuent, puis disparaissent sans avoir apporté aucune modification dans la courbe thermique, qui se poursuit encore pendant deux mois.

OBSERVATION N° 18

M. B....., âgé de 55 ans. Début insidieux, fièvre et troubles gastriques; au douzième jour, séro à 1/200. Intradermo positive.

Evolution au total : quatre mois.

Symptômes pulmonaires identiques à l'observation précédente, apparaissant au cours de la quatrième semaine, siégeant à la base droite et disparaissant au bout du deuxième mois.

Absence de B. K. dans les crachats, asthénie, hypoten-

sion, troubles gastriques, sueurs. L'évolution de la fièvre se poursuit pendant un mois encore.

Guérison sans aucune séquelle pulmonaire avec douleurs articulaires classiques.

OBSERVATION N° 19

M^{me} Z....., âgée de 60 ans. Début insidieux. Troubles digestifs marqués ; grosse rate, fièvre élevée et sueurs profuses.

Séro-diagnostic positif à 1/200 au seizième jour. L'innettement positive. M. Burnet a pratiqué chez cette malade tradermo-réaction pratiquée par M. Burnet lui-même fut des injections intraveineuses de vaccin abortus qui n'ont pas modifié l'allure de la maladie. Trois mois après le début de la maladie apparaissent des symptômes pulmonaires, consistant en râles, puis, au sommet gauche, de la matité et de la toux avec quelques rares crachats. A l'examen, on ne trouve dans les crachats ni pneumocoque, ni B. K. Les symptômes pulmonaires se maintiennent pendant environ un mois. Puis les râles disparaissent, et la maladie évolue encore pendant deux mois. Guérison sans séquelles pulmonaires.

OBSERVATION N° 20

M. S....., 29 ans. Début par de la fièvre, des frissons, de l'asthénie.

Séro positif à 1/200 au vingtième jour. Intradermo positive.

Au quarantième jour environ, apparition à la base droite de râles de congestion, de la matité, expectoration abondante, parfois sanguinolente.

La recherche du B. K., pratiquée à deux reprises, fut négative. Quelques jours après, disparition des râles et de l'expectoration. Guérison un mois après.

OBSERVATION N° 21

C..... C., âgée de 26 ans. Entrée, le 17 mars 1923, à l'Hôpital civil Français, dans le service du docteur Masselot.

La malade a toujours eu une bonne santé. Mariée, a eu deux jumeaux et une petite fille, n'avoue pas la syphilis et l'éthylisme. Elle déclare que depuis un mois elle a de fréquentes céphalées, des frissons qui surviennent le soir. Elle a maigri rapidement, tousse et crache peu. Elle se sent très déprimée, n'a pas d'appétit. Elle affirme n'avoir pas eu d'hémoptysies.

A l'examen fait à l'entrée dans le service, on note un amaigrissement marqué (le poids de la malade ne dépasse pas 42 kgs) et une déformation rachitique du sternum, qui bombe en avant.

Aux poumons, on note une rudesse respiratoire de la fosse sus-épineuse droite, avec léger retentissement de la voix et de la toux. Les bruits du cœur sont rapides, mal frappés : la fréquence du pouls est de 120 pulsations à la minute.

Le foie est gros, dépassant largement le rebord costal, affleurant presque la ligne ombilicale.

La rate est perceptible et accessible à la palpation.

L'appareil digestif, le système nerveux et les réflexes oculaires sont normaux.

La température est, le 17 mars, à 36° 2'. L'examen des urines décèle la présence d'une légère albuminurie, 0 gr 18 par litre, et un dépôt abondant d'urate de sodium.

La température reste normale pendant quelques jours et remonte, le 21 mars, au-dessus de 38°; elle persiste irrégulière, capricieuse, parfois très oscillante et rémittente entre 38° et 39° jusqu'au 17 avril. L'asthénie de la malade augmente, son amaigrissement s'accroît; elle se plaint

d'avoir des sueurs nocturnes très abondantes, toussé et a une expectoration muqueuse peu abondante. Son visage est celui d'une bacillaire pâle.

Un examen de crachats est fait le 20 mars. La recherche du bacille de Koch reste négative. Le lendemain, une intradermo-réaction de Burnet est faite, car l'attention a été attirée sur la profusion des sueurs; elle est positive. Un séro-diagnostic est pratiqué à l'Institut Pasteur, le 29 mars, qui est négatif pour le *micrococcus melitensis*.

Le 6 avril, la toux et l'expectoration augmentent. Au cours d'un nouvel examen pulmonaire, on note à l'auscultation de la fosse sus-épineuse droite quelques craquements fins qui surviennent à la toux. Cette zone est submate à la percussion. On y note le retentissement de la voix et de la toux. Un nouvel examen de crachats est fait qui ne permet pas de déceler la présence de bacilles de Koch. Cependant, une nouvelle intradermo-réaction de Burnet est pratiquée, le 7 avril, qui est, encore cette fois-ci, fortement positive.

Le 17 avril, la température baisse et se maintient aux environs de 37°, mais la malade se plaint d'être très abattue. Les sueurs nocturnes sont toujours abondantes. La toux et l'expectoration persistent, mais moins fréquentes. Des douleurs articulaires apparaissent, erratiques, prédominantes aux deux articulations tibio-tarsiennes et au genou droit.

Une nouvelle séro-agglutination est faite le 25 avril. Le même jour, la malade subit un examen radioscopique pulmonaire : les poumons sont clairs, les sommets s'illuminent à la toux. Le diaphragme est mobile. Une autre intradermo-réaction de Burnet est faite le 17 avril, qui est toujours positive. La réponse de l'Institut Pasteur revient le lendemain : séro-agglutination nulle pour le T. A. B., Protéus X 19, positive à 1/200 pour le M. melitensis.

Dans le cours du mois de mai, la malade est constam-

ment apyrétique, la toux et les crachats cessent, les signes d'auscultation disparaissent, l'asthénie diminue, bien que les sueurs persistent. L'appétit revient, la malade engraisse et sort le 6 juin, très améliorée.

2° FORMES HÉMORRAGIQUES

OBSERVATION N° 22

S.....Angelo, âgé de 19 ans, admis le 22 avril 1925, au Pavillon H.

Entre au service pour de la fièvre et un mauvais état général apparus depuis deux mois.

Le malade a présenté au début des frissons, des sueurs, de la toux et une expectoration assez abondante. Depuis six jours, il a des epistaxis fréquentes et de la diarrhée (trois ou quatre selles par jour).

Actuellement, la toux est moins fréquente. Le malade n'a pas d'hémoptysies ni de vomissements. Il ne se plaint pas de céphalée et d'insomnies.

On ne relève aucune maladie antérieure.

Au cours de l'examen fait le jour de l'entrée, le malade présente du subictère conjonctival, et, sur l'abdomen, de nombreuses taches purpuriques, ainsi que sur les cuisses et le thorax, taches ayant la dimension d'une tête d'épingle.

La langue est sèche, fuligineuse. L'abdomen est sonore, souple, sans points douloureux. Le foie dépasse le rebord costal de deux travers de doigt. La rate n'est pas perçue à la palpation, mais est percevable sur l'étendue d'une grande paume de main.

Les bruits du cœur sont réguliers : 90 pulsations à la minute. La tension artérielle prise au Vaquez est de 11/6.

A l'examen pulmonaire, le poumon droit présente

en arrière, de la submatité du sommet et de la base, une respiration rude et soufflante au niveau de la fosse sous-épineuse et de nombreux râles humides généralisés.

En avant, au niveau des régions sus et sous-claviculaires, la sonorité est normale et l'on perçoit à l'auscultation des râles humides et des râles secs.

Le poumon gauche présente de la submatité en arrière, à la base, et de nombreux râles humides. La région sous-claviculaire est submate. Les vibrations y sont exagérées, de nombreux râles humides et quelques sibilants y sont perçus.

La température est de 38° 6'. Les urines sont foncées, rougeâtres, assez abondantes, atteignant 1.500 cc. Un examen d'urines décèle la présence de nombreux globules de pus et des hématies en grande quantité.

Des injections d'hémostyl et de sérum gélatiné sont faites. Du chlorure de calcium est prescrit. Du sang est prélevé pour faire une séro-agglutination qui est positive à 1/200 pour le *micrococcus melitensis*.

Le soir de l'entrée, la température monte à 39° 2', pour descendre brusquement à 36° 6'. Elle remonte progressivement les jours suivants à 39° et oscille ensuite entre 37° et 38°. L'état du malade reste très grave; le 2 mai, il se forme un léger épanchement pleural à la base droite. Une ponction explorative permet de recueillir un liquide clair, citrin. Un examen de crachats, fait le 27 avril, avait été négatif pour le bacille de Koch.

L'état du malade s'aggrave. Il est prostré, à peine conscient. Les épistaxis se répètent, la diarrhée persiste, le pouls s'accélère. La température tombe à 37°. Le malade quitte le service le 17 juin et meurt le 21 chez lui.

Le malade buvait du lait de chèvre non bouilli. Son père était hospitalisé avec lui pour une F. méditerranéenne normale au Pavillon H.

OBSERVATION N° 23

S..... Joseph, âgé de 47 ans, entré au Pavillon H le 22 avril 1924.

Entre dans le service pour une température élevée et des hémorragies multiples : intestinales, rénales et gingivales.

Le malade déclare que le 1^{er} avril il a ressenti une soudaine sensation de lassitude très marquée, quelques frissons, a eu une légère température, quelques vomissements. Il s'alite, se met à la diète lactée. Les nuits suivantes, il est atteint d'une insomnie rebelle.

Le 8 avril, l'état s'aggrave subitement. La température dépasse 38° 5'. Le malade, très abattu, a quelques vomissements et, les jours suivants, une forte diarrhée.

Le 20 avril, il rejette par la bouche du sang en petite quantité, qui provient des gencives. Le 21 avril, il présente une hématurie très abondante, des hémorragies intestinales répétées et une stomatorragie continue. Il se décide alors à appeler le médecin.

Le 22 avril, jour de l'admission dans le service, le malade est abattu, mais non prostré, et répond intelligemment. Il est très amaigri, son faciès est altéré et celui des grands anémiés. La température atteint 38° 9'. Le pouls est mal frappé, très rapide. Sa fréquence est de 140 pulsations à la minute.

A l'examen, la langue est sèche, fuligineuse. Les lèvres sont fendillées. Les gencives sont rouges; de la racine des dents sourdent quelques gouttelettes de sang.

Sur la peau de l'abdomen et sur les cuisses on note de nombreuses taches purpuriques, plus larges que des têtes d'épingles.

L'abdomen est souple, sonore, non météorisé. On ne note pas de points douloureux localisés. Le foie ne présente

pas de sensibilité particulière et dépasse d'un travers de doigt le rebord costal. La rate n'est pas perceptible mais paraît, à la percussion, augmentée de volume.

Les poumons sont normaux. Les reins ne sont pas perçus et ne donnent pas le contact lombaire.

Les bruits du cœur sont assourdis, rapides, mais réguliers. On ne perçoit pas de souffle valvulaire.

Les réflexes oculaires, tendineux et cutanés sont normaux.

Le volume des urines atteint à peine 750 cc. Elles ont l'aspect des hématuries totales, sont noirâtres uniformément.

Le malade reçoit aussitôt des injections d'huile camphrée, de sérum gélatiné, d'hémostyl et d'émétine. Une vessie de glace est mise sur l'abdomen. Vingt gouttes de digitaline sont données.

Les jours suivants, et jusqu'au 29 avril, l'état général est très alarmant. La température atteint et dépasse 40°, le pouls est incomptable. Le malade est prostré et couvert de sueurs. Le taux des urines, qui sont toujours fortement hématiques, ne dépasse pas 700 cc. Les hémorragies intestinales se répètent. De larges taches ecchymotiques apparaissent sur le corps, plus importantes aux points déclives, couvrant tout le dos et la face postérieure des cuisses.

Le 27 avril, le malade fait une hématurie très abondante, urine un sang noirâtre presque pur, dont le volume dépasse 1.250 cc. Il fait une syncope.

Une injection intraveineuse de 10 cc. de chlorure de calcium à 5/100 est faite. Le malade présente les heures suivantes une forte réaction avec des frissons violents et une polyurie impressionnante. Le volume des urines atteint en vingt-quatre heures quatre litres. Les hémorragies intestinales et rénales s'arrêtent presque aussitôt. La tem-

pérature tombe de $39^{\circ} 3'$ à $38^{\circ} 2'$. Le pouls est mieux frappé. Sa fréquence passe de 110 pulsations à 90.

L'état général est toujours grave. Néanmoins, l'amélioration obtenue se maintient. Le malade est toujours abattu, extrêmement amaigri. La température se maintient en plateau, sans oscillations, aux environs de 38° . Le pouls est bien frappé et se ralentit progressivement jusqu'à 80 pulsations à la minute. Les urines sont claires, leur volume est de 1.500 cc. par vingt-quatre heures.

Un séro-diagnostic est, le 15 mai, négatif pour le T. A. B. et le protéus A 19 et positif à 1/100 pour le micrococcus melitensis.

Le 19 mai, la température s'élève à nouveau, à $39^{\circ} 2'$ oscillante. Une nouvelle séro-agglutination est positive à 1/200 pour le M. melitensis, nulle pour le T. A. B.

La température, les jours suivants, reste entre 37° et 38° , présentant toutefois quelques clochers thermiques ne dépassant pas 39° . Une intradermo-réaction de Burnet est négative le 1^{er} juin.

L'état général est nettement meilleur. Le malade s'alimente, prend de l'embonpoint. Les forces reviennent. La température est irrégulière, capricieuse, largement oscillante, normale le matin et s'élevant le soir jusqu'à $38^{\circ} 3'$, $38^{\circ} 8'$. Les sueurs nocturnes sont toujours abondantes. Le malade ne se plaint pas d'arthralgies. Il quitte l'hôpital le 6 août 1924, convalescent.

Nous avons revu ce malade, quelques mois après, en parfait état de santé, ayant repris ses occupations et son activité d'autrefois.

3° FORMES DOULOUREUSES

OBSERVATION N° 24

H..... ben Chedli, âgé de 37 ans, entré au Pavillon H, le 14 février 1925.

Admis à l'Hôpital civil Français pour une température élevée : 39° 6', et de vives douleurs des membres inférieurs.

Il raconte que celles-ci sont apparues depuis quinze jours, précédées d'une courbature généralisée, plus marquée à la région lombaire, d'un grand malaise, de température et d'abondantes sueurs nocturnes. Les douleurs sont si pénibles qu'elles ont rendu la marche difficile, puis impossible.

Le malade n'a pas eu d'angine.

Dans ses antécédents, il n'est relevé qu'une variole à l'âge de 10 ans et une affection grippale indéterminée en 1918. Le malade nie la syphilis et l'éthylisme et n'a jamais eu d'accès palustre.

A l'examen, la langue est légèrement saburrale, l'abdomen est souple, non météorisé, sans points douloureux appendiculaire ou vésiculaire.

Le bord inférieur du foie ne dépasse pas le rebord costal.

La rate n'est pas perçue à la palpation.

Le cœur et les poumons ne présentent pas d'anomalie

A l'examen de l'appareil locomoteur, les articulations ne sont pas douloureuses, ne présentent pas d'augmentation de volume, ni de signes d'épanchement intra-articulaire.

Le malade se plaint de douleurs continues et très pénibles sur tout le trajet des nerfs sciatiques droit et gauche, sans paroxysmes éveillés par la marche, l'action locale du froid, les efforts et la toux.

La pression est douloureuse aux points fessier, trochantérien et fémoraux signalés par Valleix.

La flexion de la cuisse en abduction forcée réveille une forte douleur à gauche, douleur qui n'est pas obtenue à droite.

La manœuvre de Lasègue éveille une douleur localisée, surtout à la partie postérieure des cuisses droite et gauche.

La percussion de la colonne vertébrale n'est pas douloureuse.

Il n'y a pas de parésie musculaire appréciable, ni de troubles sensitifs.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Les réflexes achilléens n'ont pu être obtenus.

Les réflexes plantaires sont indifférents.

Les divers signes du tabès sont recherchés : le malade n'a pas d'incoordination, ne présente pas de signe de Romberg. Les réflexes oculaires à la lumière et à la distance sont normaux. Le malade n'a pas de crises douloureuses fulgurantes.

Il est mis, dès le soir de son entrée, au traitement salicylé à haute dose : 8 gr. par jour. La température descend progressivement, en lysis, mais les douleurs dans le domaine des sciatiques persistent aussi vives. Les sueurs sont toujours aussi profuses et attirent l'attention sur la fièvre méditerranéenne. Une séro-agglutination est positive, le 18 février, pour le micrococcus melitensis à 1/200, séro-diagnostic qui est confirmé par une intradermo-réaction de Burnet qui est positive le 21.

Le malade exige sa sortie le 26 février, avant que l'on ait pu faire des examens complémentaires, notamment une ponction lombaire.

OBSERVATION N° 25

Z..... Julie, Israélite, âgée de 20 ans, entrée à l'Hôpital civil Français le 6 octobre 1924.

Est admise au Pavillon C pour de vives douleurs épigastriques, apparues depuis vingt jours.

Le 16 septembre, la malade eut, sans cause apparente, des étourdissements et perdit connaissance. Les jours suivants, la malade eut quelques frissons et l'impression d'avoir de la fièvre, mais ne prit pas sa température. Elle eut de la toux légère. Depuis le 2 octobre, à la suite d'une purge, dit-elle, elle souffre jour et nuit, constamment, au niveau de la région solaire. Les douleurs, très vives, présentent toujours la même acuité, sont isolées, sans vomissements ni hématomèses, sans diarrhée.

La température est, le soir de l'entrée, de 37° 6'. La malade nie toute maladie antérieure. Cependant, il y a six mois, elle eut une perte de connaissance prolongée, suivie d'un sommeil profond et qui pourrait avoir été une crise comitiale, la malade présentant quelques stigmates de dégénérescence : lobules adhérents, voûte palatine ogivale. La malade avoue faire usage de lait de chèvre non bouilli, à un interrogatoire ultérieur.

Au cours d'un premier examen, l'appareil digestif ne présente pas d'anomalie : la langue est propre, l'abdomen est souple, sonore à la percussion. On ne trouve pas de points douloureux appendiculaire ou vésiculaire. On note une hyperesthésie généralisée. La pression au point épigastrique éveille de la défense musculaire des chefs d'insertion supérieure des grands droits, et la malade accuse une douleur très violente. Pas de clapotage gastrique à jeûn. Le foie ne déborde pas. La rate n'est pas perçue à la palpation.

Les poumons sont normaux.

Les bruits du cœur sont réguliers, sans souffles valvulaires. Le poulx bat à 90.

Les réflexes oculaires, tendineux et cutanés sont normaux. Examen des urines : albumine légère; dépôt abondant d'urates Ntl 4 et de phosphates ammoniaco-magnésiens.

Pour éliminer la possibilité d'un ulcère, un lavage d'estomac est fait après un repas d'épreuve, qui permet de constater qu'il n'y a pas stase des aliments dans cet organe ni liquide résiduel. Une radioscopie montre que l'estomac est petit et que le bismuth franchit aisément le pyllore. Une aérocolie importante est toutefois notée.

La malade est mise au régime lacté, à l'eau de chaux et à la teinture de belladone : xxx gouttes après chaque repas. Cependant, ce traitement n'atténue pas les souffrances de la malade qui se tord sur son lit, pleure et crie toutes les nuits. L'examen gastrique ayant été négatif, il n'est guère prêté attention aux plaintes de la malade que l'on est enclin à considérer comme une névropathe.

Elle reste ainsi jusqu'au 17 octobre, se plaignant de douleurs atroces et empêchant, par ses cris, les autres malades de dormir. Toutefois, la température, qui se maintenait aux environs de 38°, sans que cet état subfébrile eût paru important, monte le 17 et jours suivants, largement oscillante, normale le matin, atteignant le soir 38° 5". Des sueurs nocturnes abondantes apparaissent. La malade refusant de s'alimenter présente un amaigrissement considérable.

Bien que la malade se soit défendue d'être paludéenne, du sang est recueilli sur une lame pour y rechercher les hématozoaires. L'examen est négatif. La température, après avoir présenté, du 20 au 24 octobre, une forte rémission, remonte le 25 à 39° 3'. Cette fièvre, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement, font alors soupçonner la fièvre méditer-

ranéenne, et la malade reconnaît consommer habituellement du lait de chèvre. Une séro-agglutination est positive le 1^{er} novembre pour le micrococcus melitensis à 1/200.

Du 3 au 15 novembre, la malade reçoit, à des doses progressivement croissantes, sept injections de vaccin antimelitococcique par voie intraveineuse. Elles semblent n'avoir pas grande action sur la température qui se maintient aux environs de 38°. Par contre, les douleurs du plexus solaire cessent complètement et immédiatement. La malade accuse de violentes douleurs articulaires, sans épanchement, qui semblent être dues au vaccin.

Du 15 au 21 novembre, la malade est apyrétique, mais les sueurs nocturnes sont toujours profuses, et l'anorexie presque absolue. Une nouvelle série de douze injections de vaccin par voie intraveineuse est faite. Elles déterminent de violentes réactions, avec clochers thermiques, arthralgies. Elles sont arrêtées le 10 novembre.

La température est alors normale, n'atteignant pas 38°, les sueurs disparaissent, la malade peut s'alimenter et prend du poids. Mais les douleurs articulaires persistent, toujours vives, et rendent nécessaire l'emploi de bains sulfureux.

Une intradermo-réaction de Burnet, faite le 26 décembre, est négative.

Dans le courant de mois de janvier, la malade présente pendant trois jours une température au-dessus de 38° qui retombe rapidement à la normale. Des injections de cacodylate de soude sont faites. L'une d'elles provoque un abcès et une ascension thermique à 40° qui disparaît le jour même de l'incision.

La malade sort très améliorée, apyrétique, le 19 février. Nous l'avons revue, plusieurs fois, dans la suite, aux consultations de l'hôpital. Elle nous a déclaré ne plus jamais avoir de douleurs de la région gastrique.

Formes Chirurgicales

Nous rapportons, sous ce titre, deux observations qui nous ont paru intéressantes par leurs complications tardives et inhabituelles au déclin de la melitococcie. L'une est une hydarthrose fébrile survenue trois mois après la dernière onde typique. L'autre est une ostéite à micrococcus melitensis chez un sujet convalescent de F. M. Ces observations montrent quelles surprises peut réserver la melitococcie jusqu'au déclin de son évolution.

OBSERVATION N° 26

Sur une ostéite suppurée à micrococcus melitensis chez un sujet convalescent de fièvre méditerranéenne.

(Observation communiquée à la Société de Chirurgie, le 19 mars 1923, par MM. Et. Burnet, Brun et Bonan).

M. X....., âgée de 44 ans; toute sa vie elle a consommé du lait de chèvre, qu'elle ne faisait jamais bouillir.

En 1911, son fils, qui consommait comme elle du lait de chèvre non bouilli, a eu la fièvre méditerranéenne, prouvée par une hémoculture positive, malgré une séro-réaction négative.

En 1926, M. X..... a une maladie fébrile dont les symptômes sont nettement ceux de la fièvre méditerranéenne.

Six semaines après la fin de la fièvre, elle s'aperçoit de la présence d'une petite tumeur située au milieu du bord gauche du sternum, dans le cinquième espace intercostal : tumeur arrondie, de la grosseur d'une noisette, légèrement douloureuse à la pression, certains mouvements suscitent des tiraillements et une douleur appréciable.

Six semaines après cette constatation, une épreuve radiographique est prise, mais elle ne donne aucun renseignement sur la tumeur.

La tumeur est opérée deux mois après qu'elle a été constatée pour la première fois.

L'opération a lieu le 28 janvier 1924, sous anesthésie générale à l'éther. Incision de 5 centimètres parallèle au cinquième espace intercostal gauche et commençant au bord du sternum.

Au-dessous des faisceaux sternaux du muscle grand pectoral, on trouve une tumeur fluctuante en forme arrondie du volume d'une noisette. Par son bord interne, cette tumeur semble en partie incrustée dans le sternum ; en essayant de l'extirper en bloc, on en déchire les parois de la partie adhérente au sternum. Il s'écoule un pus crémeux, ressemblant à un pus d'abcès froid, sans odeur. Le bord du sternum est cureté sans que l'on trouve de séquestre ou de lésion bien nette d'ostéite. Les articulations choudo-sternales sus et sous-jacentes paraissent normales. Attouche-ment au chlorure de zinc. On referme la plaie par quelques brins de Florence, en laissant une petite mèche dans la partie sternale.

Le lendemain, température à 38° 5', puis la température redevient à peu près normale, à partir du troisième jour. La partie drainée de la plaie laisse s'écouler une sérosité visqueuse abondante, puis tous les bords de la cicatrice rougissent. On fait sauter tous les points le troisième jour, pour ouvrir largement. Pansement quotidien après avoir lavé à l'éther. Cette plaie va désormais se comporter comme une plaie atone, la cicatrisation en sera lente, puisqu'elle n'est pas encore achevée complètement six semaines après l'intervention.

Les parois de l'abcès sont formées de tissus cellulograisieux, de tissus fibreux et de faisceaux musculaires striés. Le tissu conjonctif est infiltré de cellules conjonctives jeunes, de plasmocytes et de lymphocytes. Les polynucléaires sont peu nombreux. On remarque des néo-vaisseaux

dans la lumière desquels font saillies des cellules endothéliales tuméfiées et qui contiennent, par places, un afflux de polynucléaires. L'infiltration de cellules rondes ne répond à aucune systématisation; elle n'est pas particulièrement marquée autour des vaisseaux.

Au moment de l'opération, du pus est prélevé stérilement. Sur les tubes de gélose ensemencés, apparaissent, le quatrième jour, en culture pure, de très nombreuses colonies d'un microbe qui a tous les caractères du *micrococcus melitensis*, et qui est agglutiné rapidement à 1/300 par un sérum anti-melitensis. Le microbe n'est pas agglutiné à 1/50 par le propre sérum de la malade, qui n'agglutine pas davantage un autre melitensis de laboratoire, cependant connu comme bien agglutinable : de telles anomalies se rencontrent dans la fièvre méditerranéenne.

Huit jours après l'opération, on fait une intradermo-réaction avec du filtrat de bouillon de culture de *micrococcus melitensis*. La malade réagit très violemment; la température s'est élevée le lendemain à 39° 2'. Localement, sur le bras, l'œdème et la rougeur ont été exceptionnellement forts. La malade a refusé le traitement par bactériothérapie.

Et les auteurs concluent :

« Dans les contrées où sévit la F. M., il devient intéressant et même obligatoire pour les chirurgiens de pratiquer systématiquement l'examen bactériologique de toutes les suppurations, surtout des fistules osseuses qui présentent plus ou moins l'aspect d'abcès froid. Il y a intérêt à faire l'examen bactériologique de toutes les périostites et même de toutes les ostéomyetites, comme si l'on se proposait de réviser cet important chapitre de la chirurgie ».

OBSERVATION N° 27

Observation résumée du docteur Conseil.

Un indigène de 22 ans nous fait appeler pour une hydarthrose aiguë du genou avec légère poussée fébrile. Ni rhumatisme, ni blennorrhagie ne peuvent être incriminés. En l'interrogeant longuement, nous apprenons qu'il souffre du genou depuis environ une semaine et qu'il a été atteint il y a trois mois de fièvre méditerranéenne. Il attribue plus d'importance à cette affection, puisque depuis quinze jours il n'a plus de fièvre et se croit guéri. Le séro-diagnostic a été nettement positif et deux ondes fébriles caractéristiques ont permis au médecin qui l'a soigné de porter le diagnostic de fièvre méditerranéenne.

L'hydarthrose augmente assez rapidement; elle n'est point très douloureuse, sauf à l'occasion des mouvements. Une légère poussée fébrile l'accompagne et oblige le malade à garder le lit une semaine. On ponctionne l'hydarthrose qui continue à augmenter après deux semaines d'immobilisation, de révulsion et de compression.

Le liquide articulaire donne une culture de *melitensis*. La radiographie montre des lésions osseuses juxta-articulaires comparables à celles décrites par Burnet chez les cobayes inoculés de F. M.

Après quatre injections de vaccin antimelitococcique, la fièvre tombe progressivement. L'hydarthrose diminue assez rapidement pour permettre au malade de se lever huit jours après. Aucune rechute fébrile et pas de nouvelle poussée articulaire n'ont été constatées ensuite. Depuis deux ans, le malade a récupéré l'intégrité fonctionnelle de son articulation.

Dans ce cas, si l'on n'avait eu connaissance des périodes fébriles antérieures et du diagnostic porté, on eût certainement pensé à une arthrite aiguë.

Les cas de fièvre méditerranéenne chez l'enfant sont rares. Les sujets que nous avons vus dans le service du docteur Gérard présentaient des formes qui se rapprochaient de celles observées communément chez l'adulte.

C'est chez l'enfant que l'on observe particulièrement la forme articulaire qui simule la coxalgie, ce qui a valu à cette modalité clinique le nom de « pseudo-arthrite bacillaire méditerranéenne ». Au dernier Congrès médical de Tunis, les docteurs Lévy et Lzan ont publié deux observations de fièvre méditerranéenne chez le nourrisson offrant l'aspect clinique d'une gastro-entérite fébrile banale. Nous sommes très heureux de pouvoir rapporter ici leurs observations et leurs conclusions.

OBSERVATION N° 28

Fièvre de Malte chez le nourrisson simulant une gastro-entérite banale

Fièvre de Malte simulant une gastro-entérite chez un bébé de 18 mois. Athrepsie. Mort.

Il s'agit d'un bébé de 18 mois amené à la consultation de l'un de nous en juillet 1924. Il était, paraît-il, malade depuis deux mois pendant lesquels il a toujours été subfébrile avec des recrudescences de la fièvre survenant par courtes périodes, mais irrégulièrement. La diarrhée s'était installée depuis plus d'un mois, diarrhée jaune, puis verte, abondante, déshydratant le petit malade à tel point que du 15 au 18 juillet le poids du bébé passait de 8 kgs 500 à 8 kgs 150. Rares vomissements. A l'examen, l'enfant paraît amaigri et anémié ; son fannicule adipeux est presque nul. Quelques stigmates de rachitisme : chapelet costal, fontanelle ouverte, absence de dents autres que les incisives médianes. A la suite d'une sévère réglementation

de l'alimentation et d'injections de sérum marin, la température semble redevenir normale et le poids remonte jusqu'à 9 kgs 200. Mais, le 6 août, la fièvre reparaît, oscillant entre 37°2' et 38°, bientôt suivie par la diarrhée. Les selles deviennent mastics, puis brunes. Doutant alors du diagnostic, nous faisons faire un examen sérologique : le sérum de notre malade agglutinait le melitensis au 1/200. L'état du bébé alla dès lors en s'aggravant, malgré tous les traitements utilisés, et la mort survint dans les premiers jours de septembre, en pleine athrepsie.

OBSERVATION N° 29

Accidents gastro-intestinaux au cours d'une fièvre de Malte simulant une gastro-entérite chez un enfant de 30 mois. Guérison après 3 mois 1/2

Cet enfant fut présenté à l'un de nous avec des troubles gastro-intestinaux qui semblaient d'observation banale : vomissements, diarrhée liquide sans glaires ni sang, d'ailleurs inconstante ; certains jours, les selles prenant un aspect pâteux, mais, restant fétides. Il persiste une fièvre irrégulière mais sans ondulations marquées. L'amaigrissement est manifeste. Soumis à une diététique appropriée, l'enfant semble aller mieux quant à la diarrhée qui disparaît. Cependant, quelques signes de bronchite apparaissent et la fièvre persiste. Un séro-diagnostic est positif au melitensis au 1/200 et l'intradermo-réaction de Burnet est nettement positive.

La durée de cette fièvre de Malte fut de 3 mois 1/2 après lesquels l'enfant guérit. Dans cette même famille, un autre enfant de huit ans fut aussi enlevé par la melitococcie.

« Voici donc des observations où la fièvre de Malte a pris, momentanément au moins, le masque d'une gastro-entérite banale. Dans l'observation publiée par l'un de

nous, en 1924, il en était aussi de même. Cela nous incite à penser que des cas semblables pourraient être rencontrés dans ce pays où la population, juive surtout, fait un usage habituel du lait de chèvre. Et c'est ce qui a permis à l'un de nous de dire dans sa récente communication sur la gastro-entérite infantile tunisienne : « Il n'est pas facile » de faire à coup sûr le diagnostic de gastro-entérite. C'est » un diagnostic qui devrait se faire par exclusion, car le » plus souvent la diarrhée vient camoufler des affections » plus précises au point de vue nosologique ». Et il citait parmi ces affections non seulement la fièvre typhoïde, le paludisme, la dysenterie, mais encore la fièvre de Malte. De là, la nécessité souvent, lorsqu'une gastro-entérite supposée banale se prolonge outre mesure ou que la fièvre subsiste après elle, de faire faire un séro-diagnostic ou une réaction de Burnet qui pourraient, le cas échéant, éclairer le médecin et déceler une fièvre de Malte « camouflée. »

CONCLUSIONS

Depuis quelques années, la fièvre méditerranéenne a fait en France et en Tunisie d'inquiétants progrès.

Dans la Régence, la forme décrite par les classiques sous le nom de « forme commune » est celle qui est le plus souvent reconnue. La fièvre à long cours, ondulante, les sueurs profuses, l'asthénie forme un trépied caractéristique. Mais la *melitococcie* est une affection essentiellement polymorphe. Nous avons étudié dans ce travail les formes inhabituelles de la fièvre méditerranéenne.

I. — Les formes frustes, peut-être les plus fréquentes, souvent les plus longues, jouent un rôle important dans la dissémination de cette maladie.

Elles peuvent présenter le tableau clinique :

Soit d'un embarras gastrique ou d'une paratyphoïde légère. La persistance de la température et la lenteur de la convalescence sont les seuls symptômes qui, en dehors des examens de laboratoire, permettent de suspecter la *melitococcie*.

Soit celui d'un accès paludéen. L'asthénie, les douleurs articulaires, le traitement d'épreuve par la quinine surtout, aideront à faire le diagnostic.

Quelquefois, cependant, on observe des formes ambulatories qui sont leur type le plus atténué. Les malades présentent l'aspect de faux tuberculeux. Le diagnostic en est particulièrement épineux. Les examens de crachats, les radoscopies négatives permettent d'affirmer que ce ne sont pas des bacillaires. Les sujets atteints de cette forme de F. M. ne semblent pas plus que d'autres prédisposés à la phtisie.

II. — *Les formes graves* sont très rares.

Les formes suraiguës, mortelles, ont un début brutal. La température très élevée et l'intensité des phénomènes nerveux : prostration très marquée pouvant aller jusqu'au coma ou délire, convulsions, sont les symptômes canitoxiques. Ces formes évoluent rapidement, et les malades meurent dans le coma, en hypothermie.

Les formes aiguës présentent au début le tableau clinique des fièvres typhoïdes graves de France. Cette phase peut persister pendant un, deux, trois mois. Puis, peu à peu, le tableau change et les signes classiques de la F. M. apparaissent. Ces formes sont souvent très longues, pouvant durer plus d'un an. La vaccinothérapie par voie intraveineuse a donné quelques beaux mais rares résultats.

III. — *Les formes compliquées* sont inhabituelles, car la melitococcie évolue le plus souvent sans complications véritables.

Les formes hémorragiques. — Dans les formes surai-

guës le purpura généralisé apparaît quelques heures avant la mort.

En général, le syndrome hémorragique apparaît tardivement, au cours de l'évolution d'une melitococcie jusqu'à lors normale. Annoncé par une forte ascension thermique et une augmentation du pouls, il peut, par l'abondance et la répétition des hémorragies, causer la mort.

Les formes pulmonaires. — Les complications pulmonaires de la F. M. sont tardives.

Dans les formes graves, la sévérité des signes généraux et fonctionnels est telle que le diagnostic de tuberculose aigu semble s'imposer. Au cours de F. M. normales, l'apparition de signes d'auscultation, persistants, localisés à une base ou surtout un sommet, éveillera nécessairement l'idée de T. P. évolutive.

Ce sont les examens de crachats et les radiographies répétées qui permettront d'établir le diagnostic de ces formes, qui guérissent sans séquelles.

Les formes douloureuses. — Des douleurs très violentes au niveau du plexus solaire, des névralgies sciatiques et une ascension thermique légère ou forte peuvent être les premiers signes d'une melitococcie. Le diagnostic reste hésitant, mais bientôt apparaissent les signes classiques de la F. M. Dans quelques cas la vaccinothérapie intraveineuse peut avoir une action sédative remarquable.

Formes chirurgicales. — Elles sont exceptionnelles.

Des ostéomyélites, des périostites peuvent être les manifestations tardives d'une mélitococcie que l'on pouvait croire guérie. Les suppurations dues au melitensis présentent le plus souvent le type des suppurations à forme d'abcès froids.

Une hydarthrose fébrile peut être la seule manifestation d'une melitococcie.

Formes de l'enfant. — Chez le nourrisson, la F. M. simule une gastro-entérite grave avec diarrhée, vomissements, amaigrissement rapide et fièvre. La melitococcie peut ainsi simuler la plupart des maladies infectieuses. Aussi, lorsqu'au cours d'une affection dont l'étiologie n'a pas été nettement établie, la température se prolonge anormalement, faut-il suspecter la F. M. et pratiquer les divers examens de laboratoire :

L'hémoculture dont la valeur est absolue ;

Le séro-diagnostic poussé au 1/200 ;

L'intradermo-réaction de Burnet, d'emploi facile. Méthode sensible, précoce, spécifique lorsque le filtrat est frais.

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
BERNARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Presse Médicale. 21 septembre 1921. — « Orchite suppurée due au micrococcus melitensis ». — MM. Pierre LOMBARD et Maurice BÉGUET.

Progrès Médical. 23 décembre 1922. — ROZIÈS H., « Fièvre de Malte et abcès de fixation ».

25 décembre 1920 — ROZIÈS H., « Formes graves de la fièvre de Malte ».

Maroc Médical. 15 septembre 1925. — « Fièvre de Malte grave à symptomatologie anormale ».

Pediatrica. 1^{er} juin 1924. — COSTORINA. « Un caso di infezion da malattia melitensi con manifesta zione emorragiche ».

Bulletin de Société de pathologie exotique. Juin 1916. — « Ulcère de l'estomac ayant causé la mort par hémorragie ». SERGENT (Edmond), NÈGRE et BORIES.

CASTRONOVO (A.). *Malaria i malattia de Paesi caldi*. Janvier 1916. — « Su un caso di emorragia della cute et della mucose ».

BASSET-SMITH (P. W.). — « A case of undulant fever with inusal nerve sequelæ ».

D'ALESSANDRO. — « Su di una complicità non frequente

di infezione melitente». *Poluclinica*. 30 settembre 1917.

GABBI UMBERTO. *Malaria i malatti di paesi caldi*. Juillet-août 1915. — « Varieta clinica rare et complicità nuove nella febbre mediterranea ».

DE NUNNO (Deutsch archiv, *Clinic. méd.*). 1914.

CANTANI. — « Azione des micrococco melitense sul sistem nervose centrale ». *Malaria i malatti di Paesi caldi*. Mai-juin 1914.

CANTANI ARNALDO. *Riforma medica*. 30 mai 1914. — « Complicazione non commune della febbre di Malta ».

SPAGNOLIO (G). — « Note di pathologia e sotica. Casi di mas-tite melitense e sprue ». *Malaria i malatti de Paesi caldi*. Septembre et décembre 1915.

STRACHAN (P. D.). — « Undulant of Malta fever in South Africa ». *African med. Records*, 1915. Juin 1926.

DE KORTE (W. E.). — « Some notes on Malta fever ». *South african med. Records*. 14 août 1915.

LUNGHETTI BERNARDINO. *Riforma medica* 1916. 26 juillet. — « Contributa allo studio anatomo pathologico de la febbre melitense ».

MAGGIORE. — « Osservazioni cliniche su alume infezione associati 1918 ».

TYNDALE (W.R.), VIKO (L.E.). — J.A.M.A., 8 décembre 1923. Vol. 81, numéro 23, page 1953.

PIZANI (S). *Rivista critica di clinica med.* 1924, 15 février,

vol. 25. — « La forma pseudo-tuberculaire della febbre di Malte ».

CASTORINA GIUSEPPE. *Pediatua* 1924, 1^{er} janvier. — « Un caso di infezione associata para tifo B, melitense ».

CAUTIERI. *Reforma medic.* 1923. 16 juillet. — Polioserite e febbre di Malta ».

ARCHIBALD (R. C.). *Journal of tropical med.* 1923. 15 février. — « An unusual and fatal case of undulant fever contracted in Kartoum ».

LUIGI. *Pediatrics.* 1922, 15 décembre. — Sull infezione associato tifo-melitense ».

CIGNOZZI (Oreste). *Riforma medical*, 16 juillet 1921. — « La coxopositi nella febbre maltese simulante la tubercolosi dell'anco ».

Marseille Médical. 25 avril 1925. — « Spondylites melitococciques avec réaction pyramidale et réaction méningée ». H. ROGER, J. REBOUL, GACHAUX.

Bulletin de la Société de pathologie exotique. Décembre 1913. — « Ostéo-périostite post-melitococcique ». H. CAZENEUVE.

Rapport présenté au XII^e Congrès d'Hygiène. Paris. Octobre 1925. — « Fièvre méditerranéenne spécialement au point de vue exotique ». BURNET.

Presse Médicale. 12 décembre 1925. — AUBLANT, DUBOIS, LISBONNE.

Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux.

Séance du 27 mai 1921 : 1) « Sur un cas de F. M. », DARGEIN et PLAZY. — 2) « Sur une forme atypique de F. M., DARGEIN et PLAZY.

Séance du 7 juillet 1922 : « F. M. à forme ambulatoire traitée par la vaccinothérapie », MM. Noël FIES-SINGER et Gaston BLUM.

Séance du 25 janvier 1924 : « Un cas de fièvre de Malte à forme fruste », MM. D'OELSNITZ, G. DE-GROOTE et F. PIN.
